



Adviescollege Verloftoetsing TBS  
*Ministerie van Veiligheid en Justitie*

# Zedendelinquenten: een klasse apart?

Verslag  
seminar

30 november 2011

Jaarbeurs Utrecht

# Zedendelinquenten: een klasse apart?

*Verslag  
Seminar 30 november 2011*

# Inhoudsopgave

|  |    |
|--|----|
| <b>Inleiding</b>   | 5  |
| <b>Hoofdstuk 1</b>   | 7  |
| Voordracht dr. I. Embley, directeur van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie en wetenschappelijk adviseur van het Adviescollege Verloftoetsing TBS:<br><i>Verschillen tussen zedendelinquenten en andere tbs'ers: feiten en gevoelens.</i>   |    |
| <b>Hoofdstuk 2</b>   | 13 |
| Voordracht dr. D. van Beek, klinisch psycholoog in de Dr. Henri van der Hoeven kliniek en lid van het Adviescollege Verloftoetsing TBS:<br><i>Verschillen en knelpunten verklaard in de beoordeling van zedendelinquenten door het AVT en de klinieken.</i>  |    |
| <b>Hoofdstuk 3</b>   | 21 |
| Voordracht professor dr. L. Gijs, klinisch psycholoog/ seksuoloog en hoofddocent aan het Interfacultair Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen van de Universiteit in Leuven:<br><i>Een seksuologische blik op de behandeling van (volwassen) daders van seksueel geweld met (seksuele) gedragsregulatie als leidraad.</i> |    |
| <b>Hoofdstuk 4</b>   | 31 |
| Voordracht mw. W. Kerstholt, systeemtherapeute met als specialisme seksuologie, verbonden aan een FPC:<br><i>Forensische seksuologie, belicht vanuit een effectieve behandeling van zedendelinquenten.</i>   |    |
| <b>Hoofdstuk 5</b>   | 39 |
| Voordracht dr. B. Vogelvang, lector Reclassering en Veiligheidsbeleid bij AVANS hogeschool, lid van het Programmabureau en de Stuurgroep Circles Nederland:<br><i>COSA Circles of support and accountability, een methode om zedendelinquenten te reintegreren in de maatschappij.</i>   |    |
| <b>Hoofdstuk 6</b>   | 43 |
| Voordracht mr J.A.W. Knoester, advocaat met als specialisme onder meer tbs en zeden- en geweldszaken.  |    |
| <b>Hoofdstuk 7</b>   | 51 |
| Forumdiscussie   |    |
| <b>Bijlage</b>   | 59 |
| Programma seminar  |    |

# Inleiding

## **Sinds 1 januari 2008 toetst het Adviescollege Verloftoetsing TBS alle door de Forensisch Psychiatrische Centra ingediende aanvragen voor verlof van tbs-gestelden.**

Op 30 november 2011 heeft het adviescollege in de Jaarbeurs in Utrecht een seminar georganiseerd over zedendelinquenten in de tbs.

Aanleiding voor het seminar was dat intern onderzoek binnen het adviescollege heeft uitgewezen dat verlofaanvragen voor zedendelinquenten vaker dan gemiddeld aanleiding geven tot discussie. Hoewel dit niet per definitie leidt tot een hoger percentage negatieve adviezen of aanhoudingen, neemt het college in dit type zaken wel meer bijzondere overwegingen in de adviezen op. Deze overwegingen hebben met name betrekking op onduidelijkheden en knelpunten ten aanzien van de diagnostiek en/of de behandeling van de seksuele problematiek. Voorts blijkt uit intern onderzoek van het college dat zedendelinquenten aanmerkelijk later op verlof gaan dan ter beschikking gestelden met een ander indexdelict.

Het doel van het seminar was om knelpunten in de behandeling van zedendelinquenten te bespreken met de deelnemers en mogelijke oplossingen aan te dragen.

Tijdens het seminar zijn onder meer de resultaten gepresenteerd van de enquête over dit onderwerp die het adviescollege onder de Forensisch Psychiatrische Centra en Afdelingen heeft verricht.

Er hebben in totaal 167 personen aan het seminar deelgenomen. De deelnemers waren onder meer afkomstig uit de FPC's, de GGZ, de Dienst Justitiële Inrichtingen, het NIFP, de reclassering, de rechterlijke macht, het openbaar ministerie en de advocatuur.

Het adviescollege kijkt terug op een geslaagd seminar, waarbij de leerzame en inhoudelijke voordrachten werden afgewisseld met improvisatiecabaret door de groep MiER en waarbij openlijk met elkaar werd gediscussieerd. Het adviescollege hoopt met het seminar een bijdrage te hebben geleverd aan de lerende verlofpraktijk.

# Hoofdstuk 1

Voordracht dr. I. Embley

Directeur Expertisecentrum Forensische Psychiatrie en  
Wetenschappelijk adviseur van het Adviescollege Verloftoetsing TBS

Mevrouw Embley heeft haar voordracht gehouden naar aanleiding van een PowerPoint presentatie. Deze presentatie is hieronder opgenomen.

## Verschillen tussen zedendelinquenten en andere tbs'ers

### Feiten en gevoelens

Dr. Iva Embley

Adviescollege Verloftoetsing TBS (AVT)  
Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)

Slide 1/25

## Zedendelinquenten: een klasse apart?

### AVT leden:

- Er is meer discussie over de verlofaanvragen van zedendelinquenten dan over die van andere tbs'ers
- Hoe zit het eigenlijk met de behandeling van zedendelinquenten in de klinieken?
  - Seksuoloog in huis?
  - Ook veel discussies?

Slide 2/25

## Zedendelinquenten: een klasse apart?

### Behandelaars:

- Zedendelinquenten zijn vaak vriendelijk, maar
  - zij liegen
  - je weet nooit wat in ze omgaat
  - je weet niet of de behandeling echt werkt
  - de beschikbare instrumenten brengen de patiënten onvoldoende in beeld
  - je hebt geen grip op deze patiënten
- Het is moeilijk deze mensen te behandelen in de huidige cultuur, waar zij als paria's worden gezien

Slide 3/25



Slide 4/25



Slide 5/25



Slide 6/25



Slide 7/25



Slide 8/25



Slide 9/25

### AVT-Enquête

FPC's (10), FPA's (3)

**De grootste problemen met behandeling van zedendelinquenten**

- De **maatschappelijke vooroordelen** ten aanzien van de zedendelinquent (angst, afwijzing, negatieve beeldvorming)
  - Resocialisatie en rehabilitatie zijn moeilijk
  - Doorstroommogelijkheden zijn zeer klein (nihil)
  - **Uitstoting: risico op terugval is erg groot**
- Bepaalde **seksuele voorkeuren** zijn moeilijk (of niet) te veranderen
  - Huidige behandelmogelijkheden leveren slechts beperkte verandering van kernproblematiek op
- Patiënten houden hun afwijkende **seksuele voorkeur verborgen**
  - Twijfel aan de betrouwbaarheid van de verandermotivatie
  - **Het is moeilijk een adequate risicomanagementplan op te stellen**
- Libidoremmende medicatie (LRM): ja of nee?

Slide 10/25

### AVT-Enquête

FPC's en FPA's

o Maakt uw instelling gebruik van een gekwalificeerde seksuoloog?

|    |              |                                       |     |
|----|--------------|---------------------------------------|-----|
| ja | op indicatie | nee, gespecialiseerde psychotherapeut | nee |
| 3  | 2            | 1                                     | 7   |

o Biedt uw instelling behandelinterventies speciaal gericht op zedendelinquenten?

|    |     |
|----|-----|
| ja | nee |
| 13 | 0   |

Zorgprogramma's, delictpreventiegroepen, dadergroepen, LRM, ....

o Heeft uw instelling een speciale afdeling voor zedendelinquenten?

|    |     |
|----|-----|
| ja | nee |
| 4  | 9   |

Slide 11/25

### AVT-Enquête

FPC's

o Bij zedendelinquenten wordt de eerste verlofaanvraag ten minste een jaar later ingediend dan bij andere delinquenten. Is dat in uw instelling ook het geval?

|    |                |                     |     |
|----|----------------|---------------------|-----|
| ja | waarschijnlijk | ???? - geen cijfers | nee |
| 3  | 3              | 2                   | 2   |

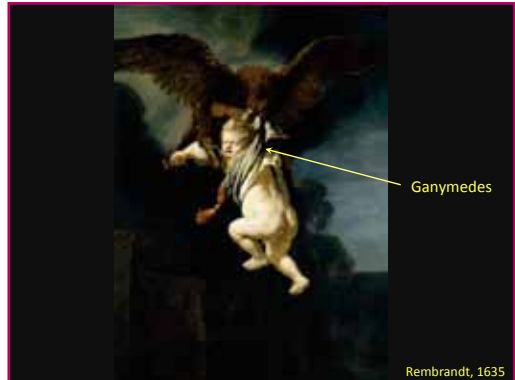
o Zo ja, waarom? Zo nee, waarom denkt u dat het bij andere instellingen zo is?

|  |   |
|--|---|
| Er is meer tijd nodig voor de diagnostiek / het delictscenario   | 4 |
| Onvoldoende afname van recidiverisico, twijfel over toereikendheid van het risicomanagementplan door heimelijkheid en latente seksuele belevingswereld van patiënten | 4 |
| Politieke en maatschappelijke druk   | 3 |
| Weinig doorstroomvoorzieningen   | 1 |

Slide 12/25



Slide 13/25



Slide 14/25



Slide 15/25



Slide 16/25

## Zedendelinquenten in cijfers

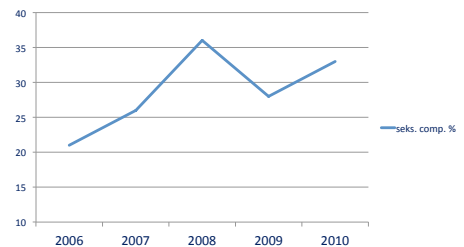
Tbs-delicten met een seksuele component in

- o de gehele TBS-populatie\*: 31%
- o de TBS-verlofpopulatie: 30%
  - o slachtoffer < 16 jr ca. 50%
  - o slachtoffer > 16 jr ca. 50%
- o longstay: **47%**

\*geweld: 96%; leven: 44%; vermogen: 13%; brandstichting : 11%

Slide 17/25

## Seksuele component bij tbs-delict\* 2006-2010



\* Bron: Forensische Zorg in getal 2006-2010; DJI, 2011

Slide 18/25

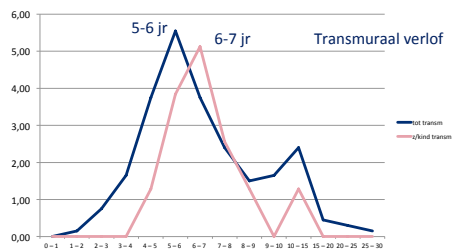
## AVT-statistieken

### Zedendelinquenten

- o in de TBS-verlofpopulatie: 30%
- o negatieve adviezen: 30%
- o aanhoudingen: 30%
- o adviezen met extra overweging: 36%
- o discussie: 35%

Slide 19/25

## Zedendelinquenten: later op verlof



Slide 20/25

## Risicotaxatie-instrumenten

- o **SVR-20** (Sexual Violence Risk-20)
  - o Slechts vier dynamische items
  - o Lage voorspellende waarde: ca. 0,6
- o **STABLE-2007/ACUTE-2007**
  - o Dynamische items (17/7)
  - o Voorspellende waarde: veelbelovend (onderzoek nog gaande in Canada en Duitsland)
  - o Nog geen Nederlandse handleiding
  - o Nog geen Nederlands onderzoek
  - o Er is één Nederlandse gebruiker getraind

Slide 21/25

## Recidive van zedendelinquenten

- o Onderzoek niet systematisch; grote verschillen in:
  - o de samenstelling van de onderzochte groepen
  - o de behandeling
  - o de *follow-up*-periode
  - o de definities van recidive
- o Grote variatie in de behaalde resultaten
  - o seksueel: 11 - 39% (WODC, ex-tbs, 10 jaar: 33%; 5 jaar: 37%)
  - o geweld: 6.6 - 46%
  - o algemeen: 32 - 74%
- o Pedoseksuelen > verkrachters
- o Pedoseksuelen: met jongens > met meisjes
- o Pedoseksuelen: op langere termijn hoger recidiverisico

Slide 22/25

## AVT-onderzoek naar

## Het risicomanagement van zedendelinquenten

Geïnteresseerde onderzoekers kunnen zich aanmelden bij  
Esther Waij: [E.Waij@AVT.minjus.nl](mailto:E.Waij@AVT.minjus.nl)

Slide 23/25

## Conclusie

- o Zedendelinquenten
  - o zijn moeilijk te behandelen en te resocialiseren
  - o gaan later met verlof
  - o komen vaker in de longstay
- o Maatschappelijke opvattingen en politieke druk bemoeilijken de behandeling
- o Risicotaxatie-instrumenten bieden te weinig ondersteuning (maar er is hoop...)
- o Onderzoekresultaten laten te wensen over

**EEN KLASSE APART**

Slide 24/25



# Hoofdstuk 2

Voordracht dr. D. van Beek

Klinisch psycholoog Dr. Henri van der Hoeven kliniek en lid van het  
Adviescollege Verloftoetsing TBS

De heer Van Beek heeft zijn voordracht gehouden naar aanleiding van een PowerPoint presentatie. Deze presentatie is hieronder opgenomen.



Slide 1/35



Slide 2/35



Slide 3/35



Slide 4/35



Slide 5/35



Slide 6/35

## Angst als leidraad

Jaar later op begeleid verlov dan niet-seksuele delinquenten

Proportioneel vaker op longstayafdeling (47%)

Slide 7/35

## Echter op termijn

Overvolle longstay afdelingen

Minder meewerking aan forensische rapportage

Meer onbehandelde zedendelinquenten op straat



Slide 8/35

## Kliniek – AVT fricties

Kliniek: schiet op.....

Kliniek: té riskant....

Slide 9/35

## Disfunctionele coping

Zij zijn groot en wij zijn klein



Slide 10/35

## Aanbeveling

Klein of niet, wij dragen wel substantieel bij aan de maatschappelijke veiligheid

reframing  
empowerment



Slide 11/35

De internaliserende optiek

Slide 12/35

## Het achterliggende idee

Zedendelinquenten  
confronteren ons met  
onzelf



Slide 13/35

## ‘Ons onbewuste’

Seks is nog steeds taboe  
onderwerp

Mythes over zedendelinquenten  
tieren nog steeds welig

Slide 14/35

## Populaire mythes

Zedendelinquenten leiden  
allemaal een dubbelleven

Zedendelinquenten willen en  
kunnen hun gedrag niet  
veranderen

Slide 15/35

## Populaire mythes

Zedendelinquenten plegen hun  
delicten om vele redenen, behalve  
om seks

Zedendelinquenten zijn  
allemaal notoire recidivisten

Slide 16/35

## Gevolg.....

Wij (klinieken en AVT)  
wantrouwen zedendelinquenten  
aanzienlijk meer dan andere  
patiënten

Slide 17/35

## Klinieken-AVT fricties

Kliniek: seksuele motivatie staat  
te weinig expliciet in de  
behandelaandacht

Kliniek –AVT  
wisselend beeld t.a.v. wantrouwen

Slide 18/35

## Aanbevelingen

Interne training om  
seksstaoe te doorbreken

Onderwijs in feiten om  
mythes te ontcrachten

Seksuoloog nodig?

Slide 19/35

## De professionele optiek

Slide 20/35

## Het achterliggende idee

Verschillen en knelpunten  
tussen klinieken en AVT  
komen primair voort uit,  
inhoudelijke (professionele)  
meningsverschillen

Slide 21/35

## Want.....

Commissiediscussies  
gaan meestal over  
verschillen\* in visie op  
diagnostiek en behandeling

(Uiteraard uitsluitend in relatie tot veiligheid)

\*onderling en t.o.v. de aanvrager

Slide 22/35

## Topdrie

Perversie, seksuele  
deviatie, parafilie?

Uiteenlopende verklaringsmodellen  
Uiteenlopende meetinstrumenten:  
zelfrapportage, DSM-IV? Delictscenario?  
Seksueel sadisme springt eruit

Slide 23/25

## Topdrie

Worden alle relevante  
dynamische risicofactoren wel  
behandeld?

What works principes:

- antisocialiteit,
- seksueel afwijkende interesses en/of hyperseksualiteit
- intimiteitproblemen
- delictondersteunende opvattingen

Slide 24/35

## Topdrie

Indicatiestelling medicatie

Wie?

Wat?

Wanneer?

Ethiek? COSA?



Slide 25/35

## Essentiële kwestie

Onze kennis/deskundigheid heeft maar een beperkte houdbaarheidsdatum!

Slide 26/35

## Zelftest



Hebt u een van deze boeken gelezen en kent u een van de bovenstaande figuren dan bent u net voldoende op de hoogte

Slide 27/35

## Update

Risicotaxatie

- SVR-20 (eruit)
- STATIC-99 (basisrisico) (erin)
- STABLE 2007 en Acute 2007(erin)
- SAPROF (erin?)

Slide 28/35

## Update

Integrale diagnostiek

- Zelfrapportage
- Gedragsobservatie
- Collaterale informatie
- Psychofysiologische en neuropsychologische instrumenten

Slide 29/35

## De Safer Society 2009 Noord Amerika Enquête

McGrath, Cumming, Burchard, Zeoli & Ellerby (2010)



Slide 30/35

## David en Goliath



Slide 31/35

## Wij zouden op hem kunnen lijken



Slide 32/35

## Aanbevelingen

Hou de wetenschappelijke literatuur bij

Volg eens een bijscholingscursus

Slide 33/35

## Aanbevelingen

Bezoek symposia en congressen (netwerk)

Publiceer over uw werk

Doe onderzoek

Slide 34/35

## Tot slot

Maatschappelijke veiligheid wordt bevorderd door goede afstemming (door van elkaar te leren)



Dank u voor uw aandacht

[dvanbeek@hoevenkliniek.nl](mailto:dvanbeek@hoevenkliniek.nl)

Slide 35/35



# Hoofdstuk 3

Voordracht professor dr. L. Gijs

Klinisch psycholoog/seksuoloog en hoofddocent aan het Interfacultair  
Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen van de  
Universiteit in Leuven

De heer Gijs heeft zijn voordracht gehouden naar aanleiding van een PowerPoint presentatie. Deze presentatie is hieronder opgenomen.

Een seksuologische blik op de behandeling van (volwassen) daders van seksueel geweld met (seksuele) gedragsregulatie als leidraad

Luk Gijs  
Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen  
Katholieke Universiteit Leuven

Utrecht, 30 november 2011

fMRI-BCI-VISS

Slide 1/51

Een seksuologische blik op de behandeling van (volwassen) daders van seksueel geweld

1. Inleiding
2. Het standaardmodel
3. Enkele uitdagingen en knelpunten in de theorievorming en behandeling van daders van seksueel geweld
4. Discussie
5. Tenslotte

Slide 2/51

1. inleiding

\*In 1921 vermoordde Harold Jones twee meisjes (8 & 11 jaar oud)\* (Wilson & Brookes, 2011)

Hij verkrachtte en wurgde het eerste slachtoffer en sneed bij het tweede slachtoffer de keel door omdat ze gezegd had dat ze wist wat hij het eerste slachtoffer had aangedaan.

Jones werd gediagnosticeerd als: "Beide moorden waren het gevolg van seksueel sadisme" & "de seks impuls had zich [bij Jones] ontwikkeld op een ongewone manier". Nader gespecificeerd, "de manifestatie van macht over een vrouw, die normaal is bij de seksuele act, was bij Jones ongewoon sterk ontwikkeld". Als een gevolg, werd de "hoogste seksuele gratificatie" bereikt bij wreedheid". (Wilson & Brookes, 2011, p. 541).

Slide 3/51

2. Het standaardmodel

\*Hoe zou de (seksuologische) behandeling van Harold Jones er uit zien anno 2011?

- Het theoretische kader zou gevormd worden door het CONFLUENCE MODEL (vanuit het fundamentele gezichtspunt van GEDRAGSREGULATIE)
- De diagnostiek zou (primair) gestuurd worden door de RNR-PRINCIPES en door RISICOTAXATIE
- De behandeling zou (primair) gedaan worden door middel van COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE (eventueel aangevuld met HORMONALE of PSYCHOFARMACOLOGISCHE INTERVENTIES)

Slide 4/51

2. Het standaardmodel

\*Het meta-theoretische uitgangspunt is prachtig verwoord door Marshall en Barbaree (1990) in hun "Handbook of sexual assault":

"Seksueel gewelddadig gedrag is geen "ziekte". Wij geloven dat een ziektemodel, dat de gids is van veel te veel behandelingsprogramma's, achterhaald is en gebaseerd is op valse vooronderstellingen. Het is onze zienswijze dat "sex offenders" niet aan een ziekte lijden en dat hun gedrag niet "out of control is" zoals een dergelijk medisch model zou impliceren" (pagina 390-391).

Slide 5/51

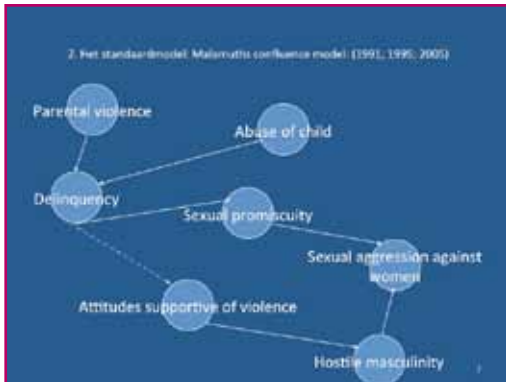
2. Het standaardmodel

\*In gewone mensentaal gezegd: Seksueel gewelddadig gedrag is normaal interpersoonlijk gedrag dat ethisch gezien volstrekt onwenselijk/onacceptabel is (vergelijk Pinker, 2011, p. 394-415).

\*Hoe dat seksueel geweld tot stand komt, wordt verklaard door het CONFLUENCE MODEL van Malamuth (en de latere recentere modificaties daarvan).

\*Het model specificeert volgende etiologie/ontwikkeling van seksueel geweld (jegens vrouwen), vanuit een evolutionaire achtergrond en de vaststelling dat verkrachting in alle culturen voorkomt

Slide 6/51



Slide 7/51

2. Het standaardmodel: diagnostiek

\*Binnen het standaardmodel wordt de **diagnostiek** gestuurd door de RNS-principes en risico-taxatie (Andrews & Bonta, 2010)

Wat de risico-taxatie-betreeft zijn er allerlei instrumenten beschikbaar, die de nodige en voldoende factoren in kaart (trachten) te brengen om recidive in principe tot nul te reduceren (na behandeling) (cfr. ook Embley)

Van welke factoren is bekend dat ze "gevaarlijkheid"; "recidive" voorspellen.

Slide 8/51

2. Het standaardmodel: diagnostiek

Overzicht van **empirisch** gevalideerde risicofactoren (naar Mann, Hanson, & Thornton, 2010)

Definitie:  
Een psychologisch betekenisvolle risicofactor is:

- Een acceptabele rationale dat een factor een oorzaak van seksueel geweld is;
- Sterke evidentie dat deze factor seksuele recidive voorspelt.

Slide 9/51

2. Het standaardmodel: diagnostiek
- 1. Empirisch gevalideerde risico-factoren
  - 2. Beloftevolle risicofactoren
  - 3. Risicofactoren die niet (voldoende) empirisch gesteund zijn, maar met interessante uitzonderingen
  - 4. Risicofactoren, die het exploreren waard zijn
  - 5. Factoren met al te weinig of geen empirische validering (niet exclusieve lijst)

Slide 10/51

2. Het standaardmodel: diagnostiek
1. Empirisch gevalideerde risicofactoren
- \*sexual preoccupation
  - \*sexual preference for prepubescent or pubescent children
  - \*sexualized violence
  - \*multiple paraphilias
  - \*offense supporting attitudes
  - \*emotional congruence with children
  - \*lack of emotionally intimate relationships with adults
  - \*lifestyle impulsiveness
  - \*poor problem solving
  - \*resistance to rules and supervision
  - \*grievance hostility
  - \*negative social influences

Slide 11/51

2. Het standaardmodel: diagnostiek
- 2. Promising risk factors
    - \*hostile beliefs about women
    - \*machiavellism
    - \*lack of concern for others
    - \*dysfunctional coping
    - \*sexualized coping
    - \*externalized coping
  - 3. Unsupported but with interesting exceptions
    - denial
    - low self esteem
    - major mental illness
    - loneliness

Slide 12/51

## 2. Het standaardmodel: diagnostiek

### 4. Worth exploring

- \*adversarial sexual orientation
- \*fragile narcissism
- \*sexual entitlement

### 5. Not risk factors

- \*depression
- \*social skills deficits
- \*poor victim empathy
- \*lack of motivation for treatment, as assessed pretreatment

Slide 13/51

## 2. Het standaardmodel: behandeling

\*Tot nog toe: standaardmodel besproken via het theoretische en diagnostische kader; nu tijd voor **het therapeutische standaardprogramma** (al of niet individueel of in groep)

\*Grote consensus: cognitieve gedragstherapie + biomedische interventies (zie bijv. Marshall, et al., 2011; Boer, et al., 2011)

Slide 14/51

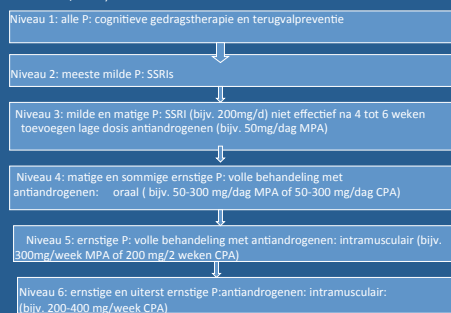
## 2. Het standaardmodel: behandeling

Cognitief gedragstherapeutische programma's voor "sex offenders":

- \*seksuele opwinding en gedrag
- \*sociale vaardigheden
- \*cognities
- \*levensstijl- & taakproblemen
- \*relationele competentie
- \*terugvalpreventie

Slide 15/51

Bradford's algoritme voor de hormonale en psychofarmacologische behandeling van parafiliëen (gebaseerd op Bradford, 2000 & Bradford & Fedoroff, 2006)



Slide 16/51

## 2. Het standaardmodel

Als u dit standaardmodel gebruikt, kunt u best tevreden zijn: Of om met Marshall te spreken:

"we geloven dat de beschikbare empirische evidentie op zijn minst sterk bemoedigende steun biedt voor de zienswijze dat de behandeling van daders van seksueel geweld effectief kan zijn in het reduceren van recidive en daardoor ervoor zorgt dat onschuldige mensen beschermt worden tegen het slachtoffer worden van seksueel geweld" (p. 109-110) (vergelijk Marshall, 2011).

Of nog: het standaardmodel is van goede kwaliteit is: het biedt een empirisch gevalideerd model van de etiologie van seksueel geweld, een empirisch gestuurde diagnostiek met oog voor risicotaxatie, die met gebruik van de RNS-principes leidt tot effectieve cognitief-gedragstherapeutische behandelingen, die indien geïndiceerd, aangevuld worden met biomedische interventies en leiden tot significante reducties van recidive

Kortom, geen vuiltje aan de lucht? Zeer zeker wel

Slide 17/51

## 3. Knelpunten en uitdagingen

- \*Uit de presentaties van de collega's Van Beek en Embley blijkt overduidelijk dat er wel degelijk vuiltjes aan de lucht zijn in de behandeling van daders van seksueel geweld:
  - meer discussie over verlofaanvragen & later verlof (waardoor?)
  - negatieve culturele invloed (verhoging terugvalrisico; sociale uitstoting)
  - seksuele voorkeur/oriëntatie als niet wijzigbaar
  - onduidelijkheid over LRM
  - waar hebben we het over: perversie, seksuele deviatie, parafilie (seksueel sadisme), hyperseksualiteit
  - wat met COSA?
  - ineffectieve ideeën van behandelaars (bijv. "willen niet veranderen");
  - "seks doet er niet toe"
  - daders van zedenzaken: al dan niet een klasse apart
  - al dan niet seksuoloog (=kennis en kunde) in huis?

Slide 18/51

### 3. Knelpunten en uitdagingen

- \* Vanuit seksuologisch perspectief worden hier volgende knelpunten gesignaleerd (en blauw besproken)
  - methodologische dilemma's: zijn ze fnuikend?
  - de theorievorming al te eenzijdig?
  - biomedische interventies: de maat der dingen?
  - de effectiviteit van onze behandelingen: toch niet zo goed?
  - wat met co-morbiditeit?
  - de "gps" als oplossing?
  - wat met seksueel sadisme en hyperseksualiteit?
  - seksualiteit: al te zeer verwaarloosd?
  - homogeniteit of heterogeniteit?

Slide 19/51

### 3. Knelpunten en uitdagingen

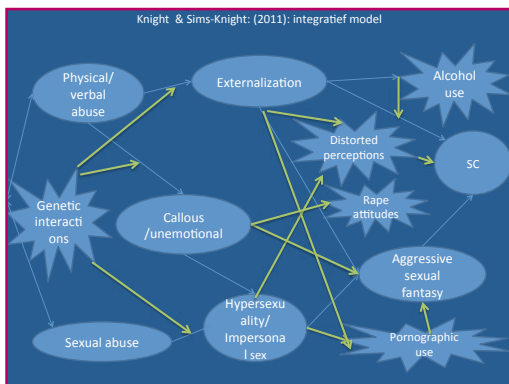
#### 2. De theorievorming al te eenzijdig?

Wie een empirisch seksuologisch perspectief volgt, kan niet veel anders -denk ik- dan vaststellen dat er weinig (seksuologisch) theorie validerend onderzoek is naar de daders van seksueel geweld

Dat weinige onderzoek dat er is –en hoofdzakelijk gedaan vanuit het confluence model (bijv Abbey et al, 2011)- is vooral gericht op factoren, die bijdragen aan het tot stand komen van seksueel geweld. Een prima ontwikkeling is daarbij dat (ook forensisch relevante) factoren als psychopathie steeds sterker gevalideerd worden binnen deze modellen (zie bijvoorbeeld het werk van Knight & Sims-Knight, 2011). Evenals seksuologische factoren als porno kijken en seksuele fantasieën.

Slide 20/51

Knight & Sims-Knight: (2011): integratief model



Slide 21/51

### 3. Knelpunten en uitdagingen

Veel minder is bekend over HOE deze factoren via WELKE processen leiden tot het plegen van seksueel geweld. Een uitzondering is het werk van Both en collega's (bijv. 2004)

Slide 22/51

### ZELFREGULATIE EN SEKSUELE MOTIVATIE

Both (2004, van Van Beck)



Slide 23/51

### 3. Knelpunten en uitdagingen

#### 3. Biomedische modellen interventies: de maat der dingen?

##### \* Inleiding

In een recent overzicht concludeerden Jordan en collega's (2011) -mijns inziens- zeer terecht :

“Voorlopig, begrijpen we de neurobiologie van parafilieën niet meer dan oppervlakkig”, om te vervolgen met de vaststelling dat het onderzoek op dit terrein nog klein is en in de kinderschoenen staat.

Slide 24/51

3. Knelpunten en uitdagingen

- Ondanks dat de neurobiologie van seksuele deviantie en geweld zich in de kinderschoenen bevindt, is het duidelijk dat een bio-medisch perspectief op daders van seksueel geweld belangrijk is.

De krachtlijnen van de ontwikkelingen op dit gebied zijn:

- \*hormonale interventies
  - \*psychofarmacologische interventies
  - \*de studie van klinische beelden om hypothesen te genereren over de regulatie van seksualiteit door onze hersenen
  - \*structurele en functionele beeldvormende studies van de hersenen
- (voor overzichten: Jordan, et al., 2011; Mendez, & Shapira, 2010)

Slide 25/51

3. Knelpunten en uitdagingen

- \*Hormonale interventies (of te wel: Androgen deprivation therapy)

-kernidee: androgenen zijn "brandstof" voor seksuele systeem –activatie (m.a.w. van verlangen en opwinding); onder een drempel (bijv. 12nmol/l; 300ng/dl; van Lankveld et al, 2009) valt de energetische invloed van het seksuele systeem uit

-bijna 50 jaar klinisch gebruikt (voor recente overzichten: Gooren, in press; Briken, e.a., 2011; Giltay & Gooren, 2009; Harrison & Rainey, 2011; Houts, e.a., 2011; Thibaut, e.a., 2010)

- problemen: -methodische onderbouwing: nog niet al te sterk
- indicatie en afbouw-regels: onduidelijk
- neven-effecten: stevig
- ethische dilemma's: niet gering

Slide 26/51

3. Knelpunten en uitdagingen

**Neveneffecten** van hormonale interventies (naar Gooren, in press, &

- Giltay & Gooren, 2009): een lange waslijst;
- negatieve effecten op botdichtheid (breuken)
- suiker en lipide-effecten (diabetes/metabool syndroom)
- gewichtstoename
- opvlegers/nachtzweeten
- droge huid; broze nagels
- jeuk/zweertjes
- migraine/beenkrampen/bloeddrukverhoging/aderontsteking/maagklachten/thrombose/draaiduizeligheid
- gevoelige borsten/borstvorming/

- Desalniettemin: consensus: ondanks deze neveneffecten, mits informed consent nuttig te gebruiken: (Gooren, in druk; verg. Raad Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming, 2010)

Slide 27/51

3. Knelpunten en uitdagingen

- \*Psychofarmacologische interventies: SSRI's;

-kernidee: disfunctie neurotransmitters hersenen (Kafka, 2008; vgl. Pfauss, 2009); opheffen door middel van medicatie (SSRI's)

-in gebruik sinds eind jaren 80

- problemen: -methodische onderbouwing: zwak
- effectiviteit: onduidelijk
- neven-effecten: gering
- ethische dilemma's:

Slide 28/51

3. Knelpunten en uitdagingen

- \* De studie van klinische beelden om hypothesen te genereren over de regulatie van seksualiteit door onze hersenen (voor overzichten: Jordan e.a., 2011; Mendez & Shapira, 2010)

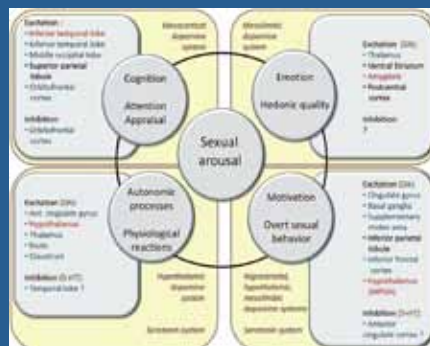
Genetische factoren en hormonen: geen evidentie

Aanwijzingen neurobiologische component:

- Verhoogde prevalentie: parkinson, multiple sclerose, dementie
- Ontwikkelingsverstoring van de hersenen
- Cerebrale verstoring van neurotransmitters: regulatie seksualiteit: dopamine, serotonine, norepinefrine

Opm: effecten farmaca bij parkinson/ verkeersongevallen

Slide 29/51



Jordan et al, 2011; Experimentele klinische toepassing: Renaud et al (2011)

Slide 30/51

### 3. Knelpunten en uitdagingen

#### 4. De effectiviteit van onze behandelingen: toch niet zo goed?

Resultaten (Op basis van 22 studies (4 adolescenten; 18 volwassenen) van 129; mediaan follow-up: 4,7 jaar)

| Studies : 22                        | N = 3121             |                | N = 3625               |                |
|-------------------------------------|----------------------|----------------|------------------------|----------------|
| Recidive-maat (%)                   | Behandeld            | Niet-behandeld | Behandeld              | Niet-behandeld |
| Seksuele R                          | 1.1-33,3; 10,9 = G   |                | 1,8-75; 19,2 = G       |                |
| Gewelddadige R (inclusief Seks. R.) | 1.1.-43,1; 22,9 = G  |                | 8,1-87,5; 32 = G       |                |
| Algemene R                          | 4,3 – 48,3; 31,8 = G |                | 13, 3 – 87,5; 48,3 = G |                |

Conclusies: B beter dan NB  
RNR beter dan andere

Slide 31/51

### 3. Knelpunten en uitdagingen

Binnen deze evaluatie van de effectiviteit van behandelingen, mogen twee studies niet onvermeld blijven:

\*Langevin & Curnoe (in press):

-follow-up : 2190 (Vooral onbehandelde) daders van seksueel geweld: recidieve (veroordeling): Seksueel-delict: 52,2% ; Alle delicten: 81,1% bij gemiddelde follow-up van 21,6 jaren.

\*Sawyer & Borduin (2011): follow-up gemiddelde: 21,6 jaren

176 adolescenten (gemiddeld 14,5 jaar oud bij behandeling) in gecontroleerde studie MST versus IT:  
-34,8% recidive bij MST versus 54,8% bij IT

\*belangrijke implicaties m.b.t good lives-aanpak

Slide 31/51

### 3. Knelpunten en uitdagingen

#### 7. Wat met seksueel sadisme en hyperseksualiteit?

##### 7.1. Seksueel sadisme:

DSM-1 (1952): seksueel sadisme/sexual deviation/sociopathic personality type(macht; controïe)

- DSM-IV (2000; en naar verwachting DSM 5): als parafilie (kern seksuele stoornis en niet persoonlijkheidsstoornis) :

A.Over een periode van ten minste zes maanden, zijn er terugkerende, intens seksueel opwindende fantasieën over, seksuele impulsen tot, of (feitelijke, niet gesimuleerde) gedragingen waarbij psychologisch of fysiek lijden (inclusief vernedering) van een slachtoffer seksueel opwindend is voor de persoon;

B.De persoon heeft op basis van de verlangens/impulsen seksueel gedrag gesteld met een niet instemmende persoon, of de seksuele impulsen of fantasieën veroorzaken duidelijke distress of interpersoonlijke moeilijkheden.

### 3. Knelpunten en uitdagingen

#### 7.1. Seksueel sadisme:

Prevalentie: weinig over bekend:

De Graaf en VanWesenbeeck (2006):

sadomasochistische seksuele verlangens: M: 10,7%; V: 9,1%  
praktijk: M: 6,7%; V: 7,0%

Ahlers et al. (2010):

sadomasochistische seksuele verlangens: M: 21,8%  
bij masturbatie: 19,9%  
inter-praktijk: 15,5%  
probleem: 1,1 %  
distress: 0 %

geen differentiatie met en zonder instemming

\* daders: erg uiteenlopende resultaten: 2 – 50%

Slide 33/51

Slide 34/51

### 3. Knelpunten en uitdagingen

#### 7.1. Seksueel sadisme

\*Problemen met diagnose (bijv. Marshall);

- Volstrekt onvoldoende betrouwbaarheid en validiteit: weg ermee

Krueger (2010) :

- (1) seksueel sadisme is geen psychiatrische stoornis;
- (2) ondeugdelijke operationele criteria operationele criteria (een typisch voorbeeld is : waarom hanteert de DSM een zes maanden duur criterium alvorens de diagnose seksueel sadisme gesteld kan worden (zie Fedoroff, 2008);
- (3) de interrater betrouwbaarheid is onacceptabel laag;
- (4) er zijn geen deugdelijke meet-instrumenten
- (5) idiosyncratische definities

Slide 35/51

### 3. Knelpunten en uitdagingen

#### 7.1. Seksueel sadisme: oplossingen voor problemen?

1. Afschaffen die diagnose

2. Verbeteren van de definitie/diagnose: in het bijzonder door operationele criteria te verbeteren door middel van vragenlijst en/of penispectymografie.

Conclusie:

-op zijn minst terughoudendheid en doordachtheid gewenst:

- .realiseren wat specifiek gediagnosticeerd
- .geen extra betekenis (voor persoonlijkheid/voor risicotaxatie)
- .bewustzijn van negatieve beeldvorming(s)risico

Slide 36/51

3. Knelpunten en uitdagingen

7.2. Hyperseksualiteit

Nog problematischer dan seksueel sadisme is de diagnose van hyperseksualiteit (momenteel een NOG NIET bestaande DSM-diagnose) , gebruikt voor zaken als

- 'Hyperseksueel/compulsief masturberen'
- 'Hyperseksueel pornografie kijken'
- 'Oncontroleerbare promiscuïteit'
- 'Hyperseksueel gebruik van het internet'

Termen: seksverslaving  
seksueel(obsessief)compulsief gedrag  
seksuele impulsstoornissen  
aan parafilie verwante stoornissen  
out of control sexual behavior

Slide 37/51

3. Knelpunten en uitdagingen

KERN: ONTREGELING VAN DE NORMALE SEKSUALITEIT:

- .Geen controle meer (ondanks negatieve consequenties)
- .Hyperseksuele frequentie
- .Aversief ervaren

Maar: hoeveel is teveel?

- Kafka: operationele definitie
  - . Minimaal 7 orgasmes per week gedurende op zijn minst 6 maanden na de leeftijd van 15;
  - . Tijdsbesteding: 1 tot 2 uur per dag

In onderzoek van Laumann en collega's (1994): 3 tot 8%: orgasmefrequentie 'van Kafka'

Maar let op: ook lijdenscriterium (zie Kafka, 2008) (zie Kafka, 2010, voor formeel voorstel voor DSM 5)

38

Slide 38/51

3. Knelpunten en uitdagingen

Etiologie = ?

Belangrijkste perspectieven (zie Kaplan & Krueger, 2010)

- \*Neurobiologisch: -medische co-morbiditeit (dementia; cortex beschadiging; epilepsie temporale lob; Tourette; CVA)
  - misbruik: methamphetamine, cocaine
  - dopaminerge behandeling van Parkinson
  - stemmingsstoornissen (i.h.b. bipolair)

\*Verslavingsmodel: The addictive process can be defined as an enduring, inordinately strong tendency to engage in some form of pleasure-producing behavior as a means of relieving painful affects, regulating one sense or self, or both.

opmerking: term behavioral addiction: veel overeenkomsten met substance abuse, maar zonder substance

39

Slide 39/51

3. Knelpunten en uitdagingen

\*Psychodynamische modellen: poging tot herstellen van (vroeg)kinderlijke trauma's

\*Dual Control Model: excitatie/inhibitie balans (v.b. stemmingsstoornissen)

\*Seksuele impulsiviteit ontregeling: impulsstoornis

\*Obsessief compulsieve stoornis: angstreductiemechanisme

Vergelijk: van Zessen, G. (2009). Seksverslaving: Begrijpen en veranderen. Amsterdam: SWP

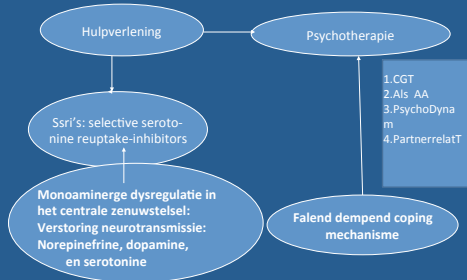
Kern: vat van zelfwaardering.

40

Slide 40/51

3. Knelpunten en uitdagingen

Empirische evidentie: 0



41

Slide 41/5

3. Knelpunten en uitdagingen

8. Seksualiteit: al te zeer verwaarloosd?

Er wordt nogal eens opgemerkt dat seksueel geweld/misbruik/ grensoverschrijding niet over seksualiteit gaat, maar enkel over macht, negatieve emoties, of agressie.

Niets is minder waar zou ik zeggen: seksueel geweld gaat wel degelijk (ook) om seks, en wel om verschillende redenen:

Slide 42/51

### 3. Knelpunten en uitdagingen

Seksueel geweld is ook seksueel en wel omdat:

\*het gaat om seksueel gedrag (emoties, verlangens, opwinding, orgasme, lust, satisfactie);

\*overduidelijk wordt dit bevestigd door het onderzoek naar empirisch gevalideerde risicofactoren; prototypisch zijn bijvoorbeeld de resultaten van Hanson & Morton-Bourgon (2005), die vonden dat de twee sterkste risicofactoren voor recidive zijn: **seksuele deviantie en antisociale oriëntatie**

Slide 43/51

### 3. Knelpunten en uitdagingen

\*Een conclusie die bevestigd wordt door de recente (besproken) review van Mann, Hanson & Thornton (2010) over (seksuele) risicofactoren: ter herinnering:\*

- \*sexual preoccupation
- \*sexual preference for prepubescent or pubescent children
- \*sexualized violence
- \*multiple paraphilias
- \*emotional congruence with children
- \*lack of emotionally intimate relationships with adult
- \*hostile beliefs about women
- \*sexualized coping
- \*adversarial sexual orientation
- \*sexual entitlement

Slide 44/51

### 3. Knelpunten en uitdagingen

Een conclusie die ook bevestigd wordt door evolutionaire psychologische analyses van de achtergrond van ons seksueel gedrag.

Treffend verwoord door Pinker (2011, p. 395-396):

“Evolutionaire psychologen en vele radicale feministen zijn het erover eens dat verkrachting de regels van de economie van de menselijke seksualiteit volgt. Of in de woorden van Andrea Dworkin: Een man wil wat een vrouw heeft: seks. Hij kan seks stelen (verkrachting), hij kan haar overtuigen seks te geven (verleiding), hij kan seks huren (prostitutie), of seks leasen voor de lange termijn (via een huwelijk in de US) of hij kan seks bezitten (via het huwelijk in de meeste samenlevingen) lease it over the long term (marriage in the US) What evolutionary psychologists adds to this analysis is an explanation of the resource that backs these transactions. In any species in which one sex can reproduce at a faster rate than the other, the participation of the slower reproducing sex will be a scarce resource over which the faster-reproducing sex competes”

Slide 45/51

### 4. Discussie

\*Ik heb u een –selectief- overzicht gegeven van hoe daders van seksueel geweld vanuit seksuologisch perspectief begrepen, gediagnosticeerd en behandeld kunnen worden.

De kernwoorden zijn daarbij:

- confluence –RNS-principes- risicotaxatie-
- effectiviteit- gedragsregulatie d.m.v CGT en
- biomedische interventies –met een systemische dimensie en specifieke aandacht voor seksualiteit-

Slide 46/51

### 4. Discussie

En met bewustzijn van knelpunten en uitdagingen. Niet minder dan 9 heb ik er gesignaleerd:

- methodologische dilemma's: zijn ze fnuikend?
- de theorievorming al te eenzijdig?
- biomedische interventies: de maat der dingen?
- de effectiviteit van onze behandelingen: toch niet zo goed?
- wat met co-morbiditeit?
- de gps als oplossing?
- wat met seksueel sadisme?
- seksualiteit: al te zeer verwaarloosd?
- homogeniteit of heterogeniteit?

Slide 47/51

### 5. Ten slotte: 6 boodschappen

1. Seksueel gedrag is complex gedrag, waarvan we de regulatie (theoretisch) niet al te goed begrijpen.
3. Seksueel gewelddadig gedrag is ook seksueel gedrag (voor de dader)
5. Biologische benaderingen en biomedische interventies zijn (ook) belangrijk. Net zoals alle andere interventies dienen biomedische interventies valide geïndiceerd te zijn (in het besef van hun neveneffecten)
7. Beschrijvende diagnoses hebben een beperkte waarde: wees u daarvan bewust, evenals van hun stigmatiserende risico's
5. Onze behandelingseffectiviteit is verre van perfect, en dus dienen we vragen om veiligheid en controle au serieux te nemen; zonder uit het oog te verliezen dat seksuologisch gesproken de afhankelijke variabelen zijn: minder recidieve en in tweede instantie een beter seksueel welbevinden.

Slide 48/51

5. Ten slotte: 6 boodschappen

- 6. Publiceer uw (seksuologische) behandeling, aangezien daar grote behoefte aan is.

Slide 49/51

5. Ten slotte: 6 boodschappen

Last but not least: wat met seksuologen?

Een aantal vragen als start:

- Wat met De Clerambault?
- Wat met de sex somnia's?
- Buffert verliefdheid tegen recidive?
- Is transvestisch fetisjisme een voorloper van "sex killing"?
- Is de invloed van (sociaal-psychologisch) narcisme op seksualiteit gemedieerd door socioseksualiteit of niet?
- Wat zijn de invloeden/effecten van porno kijken?
- Zijn er specifieke effectieve seksuologische technieken voor de verandering van parafilia?
- Is de seksuoloog er voor het bewerkstelligen van "fijne seks"?
- Heeft de seksuoloog specifieke (forensische) seksuologische vaardigheden/kennis/diagnostische instrumenten?
- Wie doet het biomedische (seksuologische) beleid?

Slide 50/51

- Ik dank u voor uw aandacht

Slide 51/51

# Hoofdstuk 4

Voordracht mw. W. Kerstholt

Systemtherapeute met als specialisme seksuologie

## Forensische seksuologie

### Belicht vanuit een effectieve behandeling van zedendelinquenten

**De seksuoloog en systeemtherapeute mevrouw W.M. Kerstholt-Hartman was helaas door ziekte verhinderd om op 30 november 2011 te Utrecht haar lezing te houden over “Zedendelinquenten een klasse apart”. Van haar bijdrage op die dag kunt u via het nevenstaande artikel alsnog kennis nemen.**

Ik geef graag gehoor aan het verzoek om iets te vertellen over mijn werkzaamheden als seksuoloog in het forensisch psychiatrisch centrum Dr. S. van Mesdag. Vanzelfsprekend kan ik u in deze korte tijd slechts een glimp laten zien van het omvangrijke werk van een seksuoloog in een forensisch psychiatrisch centrum.

I  
De vraag die vandaag centraal staat: “Zedendelinquenten een klasse apart?”, kan ik volmondig met een duidelijke “ja!” beantwoorden.

De vraag: “Hoe en of een seksuoloog betrokken moet zijn bij de behandeling van zedendelinquenten?”, geeft naar mijn bescheiden oordeel aan hoe noodzakelijk het is dat er meer bekendheid wordt gegeven aan forensische seksuologie als wezenlijk onderdeel van de wetenschap seksuologie.

En dat is precies waar in de gangbare praktijk de schoen wringt.

Seksualiteit is een belangrijke en waarschijnlijk de grootste risicofactor van zedendelinquenten. Onderzoekscijfers kunnen die opvatting inmiddels wel staven. Dat klinkt logisch en toch wordt die

risicofactor helaas nog onvoldoende als basis en vertrekpunt gezien van veel gangbare behandelingsconcepten en methodieken.

Vanuit jeugdzorg heb ik meer dan 25 jaar ervaring met de behandeling van slachtoffers van seksueel misbruik kunnen opdoen en die kennis en ervaring gebruik ik dan ook bij de behandeling van de daders van seksueel misbruik en ander deviant seksueel gedrag.

Deze daders zijn namelijk vaak direct of indirect zelf ooit slachtoffer geweest van seksueel misbruik, lichamelijke of psychische mishandeling of verwaarlozing. Dat wil niet zeggen dat alle slachtoffers, daders worden. Zo heeft bijna de helft van onze patiënten met een delict dat gerelateerd is aan seksueel overschrijdend gedrag een verstandelijke beperking of een autisme spectrum stoornis (ASS).

Het aantal daders van seksueel grensoverschrijdend gedrag dat uiteindelijk hulp krijgt om recidive te voorkomen is slechts het topje van de ijsberg van het aantal daders dat we nooit zullen bereiken. Achter iedere kinderpornofilm zitten daders van seksueel misbruik en zo zijn er meer voorbeelden te geven.

Deze informatie en vaststelling zou voor de overheid reden moeten zijn om het aandachtsgebied forensische seksuologie op de publieke en politieke agenda te zetten en hoge prioriteit te geven.

Met als doel om het belang van forensische seksuologie breed uit te dragen naar alle doelgroepen die direct of indirect met het aandachtsgebied te maken hebben en om zorg te dragen dat op korte en lange termijn, voldoende capaciteit van deskundige forensische seksuologen aanwezig is

om te kunnen voldoen, aan de naar mijn inschatting groeiende toekomstige vraag naar deze vakspecialisten.

Om u een beeld te schetsen van het nijpende tekort aan forensische seksuologen geef ik u de navolgende kwantitatieve gegevens.

Uitgaande van een werkweek van 36 uur kan 1 seksuoloog als schakel en onderdeel van een multidisciplinaire aanpak en behandelingsmethodiek, slechts 30 patiënten behandelen in een tijdspanne van 3 jaar. Een druppel op de bekende gloeiende plaat derhalve.

Seksuologen houden zich in de gehele wereld voornamelijk bezig met medische en relationele seksuologie. Zo is er geen academische leerstoel forensische seksuologie en wordt het vak seksuologie in de meer brede zin van het woord nauwelijks gedoceerd in de psychosociale opleidingen op HBO en MBO niveau.

Weliswaar wordt er veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de oorzaken van seksueel geweld en parafilieën, maar die onderzoeksresultaten leiden (nog) niet tot het besef dat op uitvoeringsniveau er deskundige forensische seksuologische capaciteit moet zijn om onderzoeksresultaten om te zetten in concrete en effectieve behandelingsmethodieken voor zedendelinquenten.

Maar ook hardnekkige vooroordelen over het vak zullen aandacht moeten krijgen. Vertel maar eens op een feestje, op de vraag wat voor werk of je hebt, dat je hulp biedt aan pedoseksuelen.

Gelet op hetgeen ik hiervoor aangeef, pleit ik dan ook voor het initiëren en instellen van een breed platform waarin het aandachtsgebied forensische seksuologie centraal staat. Vanuit dat platform kunnen

dan alle bij het onderwerp zedendelinquenten betrokken instanties samenwerken om zorg te dragen voor het doen uitdragen van het belang van forensische seksuologie voor de huidige samenleving waarin de gevolgen van de seksualisering steeds meer zichtbaar en merkbaar zijn, inclusief alle negatieve effecten daarvan.

## II

Mijn spreekkamer is centraal in de kliniek gesitueerd tegenover een kantine en een buitenplaats. Stelt u zich eens voor dat u op een drukke zaterdagmiddag in de Kalverstraat te Amsterdam een seksuoloog bezoekt die aldaar zijn praktijk heeft. De deur staat open en iedereen loopt vrij in en uit, ook cliënten met grensoverschrijdend seksueel gedrag. Als u naar binnen gaat weet u zeker dat u aangezien kunt worden voor een "pedo" door de passerende mensen. En eenmaal binnen gekomen weet u niet wat u te wachten staat. Wat doet een seksuoloog eigenlijk? Praten over seks en dan...?

Ik heb ooit een prachtige (bij)naam gekregen van een patiënt, die ik u niet wil onthouden en die naam illustreert goed hoeveel onbekendheid er nog is over mijn vak: Sexorcist!

Bedacht door een jonge patiënt die met pijn en moeite bij mij een voet over de drempel waagde. "Mevrouw ik heb een goeie, u bent de sexorcist u verdrijft slechte seks toch?"

Nou dan hoeft ik niet bij u te komen hoor er is met mij niks aan de hand..."

Ik dacht toen wel: Was het maar waar dat ik als seksuoloog het toverstokje in handen heb om seksueel geweld en misbruik uit te bannen. Dat toverstokje heb ik echter niet. Welk gereedschap heb ik wel?

Kennis over seksuologie en de mate van differentiatie die nodig is om op een adequate wijze een seksuele relatie aan te

gaan en te onderhouden.

Maar ook kennis van parafilieën en kennis over psychische stoornissen. Daarnaast beschik ik als seksuoloog over competenties en vaardigheden die het mogelijk maken om de betekenis van seksualiteit te kunnen bespreken met mijn patiënten.

En ben ik als forensisch seksuoloog een deskundige gesprekspartner in de vaak uiterst ingewikkelde en complexe seksuele delict keten, waarin een samenhang moet worden aangebracht van delict, omstandigheden en psychische stoornis. Een samenhang die moet leiden tot zelfbewustzijn en acceptatie van controle en/of zelfcontrole.

Dit resultaat kan alleen dan bereikt worden wanneer er sprake is van een goede werkrelatie tussen patiënt en seksuoloog en nog belangrijker wanneer er overeenstemming is over het te bereiken doel en dat binnen de opgelegde en gedwongen kaders van de tbs.

Essentieel voor een goede werkrelatie is het vrijuit kunnen spreken over alle wezenlijke aspecten van de seksualiteit. Somatische en psychische aspecten maar ook de sociale aspecten van de seksualiteit.

Verborgene agenda's horen daar dus ook voor de seksuoloog niet bij. Wel vertrouwen binnen functionele grenzen en kaders. Geen sexcorisist derhalve maar wel het functioneel aangaan van een verbinding met je patiënt over de betekenis van het plegen van een zedendelict. En dat in de ruimste zin van het woord.

### III

Naast de behandeling van patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft de seksuoloog ook nog een aantal andere belangrijke taken.

Het geven van klinische lessen aan sociotherapeuten, van zowel de instroom

de doorstroom en de uitstroom. Dit onderwijs dient om de kennis en competentie van de sociotherapeuten op niveau te houden.

De seksuoloog heeft functioneel zitting in de commissie libido remmende middelen. In deze commissie worden alle zedendelinquenten periodiek besproken en beoordeeld.

Maandelijks is er voorts een bijeenkomst van de werkgroep seksualiteitsbeleid waarin een psychiater, een psychotherapeut, een sociotherapeut en de seksuoloog gezamenlijk overleggen over het formuleren, uitvoeren en evalueren van algemeen seksualiteitsbeleid.

Methodieontwikkeling is ook een belangrijke neventaak van de seksuoloog. In nauwe samenwerking met andere disciplines houdt de seksuoloog zich bezig met het ontwikkelen van nieuwe behandelmethodieken maar ook met het implementeren van bestaande methodieken.

Binnen de kliniek zijn er vier bestaande zorgpaden die de aandacht van de seksuoloog vragen en twee nieuwe zorgpaden in een beginnend stadium van ontwikkeling. Een zorgpad voor ontkennende daders met seksueel grensoverschrijdend gedrag en een zorgpad voor patiënten met een psychotische kwetsbaarheid en seksueel grensoverschrijdend gedrag. En beide nieuwe zorgpaden vragen veel tijd en aandacht van de seksuoloog mede in verband met het innovatieve karakter van deze verder te ontwikkelen zorgpaden.

### IV

Zonder een deugdelijke diagnose is een effectieve behandeling niet mogelijk. Dat gaat onverkort ook op voor een seksuologische therapie en behandeling.

Naast de psychologische onderzoeken en de psychiatrische diagnostiek is voor een

seksuologische therapie een specifieke seksuologische diagnostiek voorwaarde om een effectieve seksuele therapie te kunnen borgen.

De seksuele problematiek dient dan ook goed in kaart te zijn gebracht en een seksuologische diagnose dient te zijn vastgesteld alvorens daadwerkelijk met een behandeling kan worden gestart. Gebruikelijk wordt gestart met het afnemen van een seksuele anamnese. Een uitgebreide vragenlijst die de seksuele ontwikkeling in kaart brengt en waarin onderzoek wordt gedaan naar de hechtingsstijl. De stijl van hechten hangt samen met de aard van de seksualiteitsbeleving en de mate van differentiatie.

Ook wordt in deze fase uitvoerig gesproken over mogelijke oorzaken van seksuele problematiek.

In multidisciplinair teamverband wordt op basis van het hiervoor gevormde totaalbeeld bepaald op welk integratieniveau de patiënt, somatisch, psychologisch en relationeel/sociaal kan worden behandeld. Na deze diagnostische periode gaat de patiënt vervolgens de feitelijke behandel fase in.

## V

Iedere patiënt met seksueel grensoverschrijdend gedrag neemt in beginsel deel aan een groepsbehandeling.

Als een patiënt niet geschikt is voor groepstherapie wordt het zorgprogramma individueel aangeboden en gevolgd.

Binnen de kliniek worden vier zorgpaden onderscheiden.

1. Een pedagogische behandelgroep voor patiënten met een licht verstandelijke beperking (LVB)
2. Een pedagogische behandelgroep voor patiënten met een autisme spectrum stoornis (ASS)

3. Therapeutische groep voor patiënten met pedoseksueel gedrag

4. Therapeutische groep voor patiënten met volwassen slachtoffers

Binnen elk zorgpad doorlopen alle patiënten drie elkaar opvolgende separate trajecten/programma's. De patiënt begint met een traject bij de aanloopgroep, vervolgens volgt hij het programma van de behandelgroep en eindigt met het traject in de terugval preventie groep.

Voor alle vier de zorgpaden moet het eindresultaat zijn dat er een delictscenario is, een signaleringsplan en een terugvalpreventie plan.

Daarnaast moet er duidelijkheid zijn over de noodzaak van psychotherapie en duidelijkheid moet zijn verkregen over het al dan niet aanwezig zijn van een protectief netwerk van de patiënt.

Het behandelaanbod is multidisciplinair van aard opgezet. Bij de behandeling zijn tegelijkertijd betrokken een behandelcoördinator, een non-verbale therapeut, een psycholoog/psychotherapeut, een maatschappelijk werker/sociotherapeut en de seksuoloog.

Binnen onze kliniek is gekozen is voor een gedifferentieerd risico gestuurd aanbod.

De helft van onze patiëntengroep met seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft een verstandelijke beperking of een autisme spectrum stoornis.

De patiënten met een verstandelijke beperking en patiënten met een autisme spectrum stoornis krijgen een passende pedagogische behandeling waarbij de nadruk ligt op educatie en het leren van het maken van keuzes. Zo produceren zij een levensboek, doorlopen ze een educatief seksualiteitsprogramma en maken ze een terugval preventie plan.

Bij de therapeutische groepen bestaat het programma uit het maken van een narratief-constructief genogram en een familieopstelling, schemafocus therapie en het maken van een terugvalpreventie plan. Het programma is organisch opgebouwd waarbij de nadruk ligt op betekenisgeving en bewustzijn, de mate van zelfcontrole, controleerbaar opstellen en van veranderbaarheid.

Naast een patiënt volgsysteem worden er specifieke voor- en nametingen gedaan bij de patiënten om te kijken of de behandelingen effect hebben op het verminderen van recidive risico's. De seksuoloog is in het gehele traject van instroom, doorstroom en uitstroom bij de behandeling van de patiënt betrokken. De continuïteit van de behandeling blijft op deze wijze gewaarborgd.

## VI

Wat levert dit alles nu uiteindelijk op?

De hiervoor genoemde behandelingsmethodieken hebben als (beoogd) eindresultaat na afloop opgeleverd;

- De aanwezigheid van een ondersteunend netwerk
- Een delictscenario
- Een terugvalpreventie plan
- Een risicotaxatie

Gedurende de resocialisatie fase is het van wezenlijk belang dat het terugvalpreventie plan een "werkwoord" is en niet een stuk papier dat in een lade verdwijnt. Vroeg signalering in de uitstroomfase moet nauw aansluiten bij het terugvalpreventie plan.

Ook dienen er nieuwe doelstellingen geformuleerd te worden vanuit het uitgangspunt dat differentiatie noodzakelijk

is.

Zo kan een tekort aan kennis en competenties bij vervolginstellingen leiden tot risico's van onderschatting of overschatting van de (on)mogelijkheden van een patiënt met alle daaraan verbonden gevolgen.

Maar ook is bijvoorbeeld voor de patiënten afkomstig uit de pedagogische groep van wezenlijk belang dat ze recht hebben op zorg in vervolginstellingen.

## VII

Op grond van mijn ervaringen in onze kliniek, zoals ik die hiervoor heb omschreven, kom ik als seksuoloog tot een aantal conclusies en aanbevelingen die ik graag met u als belangstellende lezer wil delen.

- Effectieve behandeling van zedendelinquenten is gebaseerd op differentiatie en maatwerk
- Forensische seksuologie moet centraal staan in de behandelingsconcepten en methodieken voor zedendelinquenten
- Er moet aandacht komen voor forensische seksuologie op de gebieden deskundigheidsbevordering en werkbegeleiding
- Forensische seksuologie moet geïntegreerd worden in reguliere behandelcentra
- Zet het aandachtsgebied forensische seksuologie op de publieke en politieke agenda en geef het een hoge prioriteit
- Richt een platform forensische seksuologie op om professionele kennis en ervaring te bundelen en om dit vakgebied breed onder de aandacht van de doelgroepen te brengen

### **Naschrift**

De auteur hoopt met dit artikel een bijdrage te leveren aan de brede discussie over de vraag hoe de behandelingsmethodieken voor zedendelinquenten verder geoptimaliseerd kunnen worden.

Als lezers en belangstellenden met de auteur in contact willen treden kunnen zij reageren via het mailadres [w.kerstholt@fpcvanmesdag.nl](mailto:w.kerstholt@fpcvanmesdag.nl)



# Hoofdstuk 5

Voordracht dr. B. Vogelvang

Lector Reclassering en Veiligheid bij AVANS hogeschool, lid van het programmabureau en de Stuurgroep Cicles Nederland

De heer Vogelvang heeft zijn voordracht gehouden naar aanleiding van een PowerPoint presentatie. Deze presentatie is hieronder opgenomen.



Slide 1/16



Slide 2/16

### Re-integratie van zedendaders: een groot probleem voor de samenleving, professionals en de zedendader zelf

- Gemeenschapskosten bij recidive zijn zeer hoog
- Angstklimaat, deels gevoerd door gebrek aan objectieve informatie over recidivecijfers
  - Korte versus lange-termijn risico's
- Sterke negatieve reacties in de samenleving bij vrijlating en terugkeer van zedendaders
  - Publieke bekendmaking, pedofielenjagers, sensatiepers
- Stigmatisering en sociale uitsluiting, met sociale isolatie, marginalisatie en gebrek aan sociale controle als gevolg
- Versterking van *key risk factors*: sociale isolatie, emotionele eenzaamheid en een marginale levensstijl

Slide 3/16

### Missie COSA

**Voorkomen dat veroordeelde zedendaders nieuwe slachtoffers maken na hun veroordeling:**

**“Geen nieuwe slachtoffers”**  
**“Geen geheimen”**

Oorspronkelijke, Canadese *faith-based* projecten:

**“No-one is disposable”**

Slide 4/16

### Geen nieuwe slachtoffers

AVANS Expertisecentrum Veiligheid | Reclassering Nederland

Slide 5/16

### Het COSA-model

geen nieuw slachtoffers – geen geheimen

- Buitencirkel**
  - Professionals
- Binnencirkel**
  - Kernlid
  - Vrijwilligers
- Beide cirkels**
  - Cirkel coördinator

Slide 6/16



Slide 7/16

- ## COSA in Nederland (Circles NL)
- 2008-2009:
    - Introductie van COSA door Expertisecentrum Veiligheid Avans Hogeschool en Reclassering Nederland: Programmabureau Circles NL
    - Startsubsidie Ministerie V&J (pilot Den Bosch)
    - Licentieovereenkomst Circles UK
    - Voorbereiding (methode, draagvlak)
  - 2010:
    - Start pilot twee cirkels in eerste regionale project Den Bosch / Eindhoven
    - Procesevaluatie
    - Uitgebreide lokale en nationale mediacampagne: > 100 vrijwilligers
    - Uitbreiding naar 2 regio's Breda en Rotterdam met vervolgsubsidie ministerie
  - 2011:
    - Borging van kwaliteit, start effectonderzoek, nationaal congres
    - Uitbreiding naar 18 cirkels en voorbereiding regio's Den Haag en Alkmaar/Haarlem
  - 2012-2013:
    - Landelijk netwerk van 10 regionale projecten; naar schatting maximaal 80 cirkels.
    - Experiment toepassing bij jongeren

Slide 8/16

- ## Wie kan vrijwilliger worden?
- **Selectie & exclusiecriteria**
    - Emotioneel volwassen en sociaal ingebed, etnische diversiteit, geen strafblad, ex-slachtoffers toegestaan
  - **Selectieprocedure**
    - Interview, essay, intensieve and confronterende training
  - **Supervision**
    - Groepsdynamiek, aanvullende trainingen, waakzaam / scherp en geestelijk gezond blijven
  - **Veiligheidsvoorschriften (bezoek, privacy)**

Slide 9/16

- ## Wie kan kernlid worden?
- **Inclusiecriteria:**
    - Volwassen zedendader die het delict bekend (tot op zekere hoogte is bagatelliseren en rationaliseren acceptabel)
    - Gemiddeld tot hoge kans op recidive
    - Minimaal 1 jaar reclasseringstoezicht
    - Sterke sociale ondersteuningsbehoefte
    - Gemotiveerd om nieuwe slachtoffers te voorkomen
    - Bereid en gemotiveerd om zich te verbinden aan vrijwilligers en specifiek met hen ook delictgedrag en risicosignalen te delen
    - In behandeling / neemt deel aan een daderprogramma (doorgaans forensische GGZ)
  - **Exclusiecriteria:**
    - Omkering van de inclusiecriteria
    - Gediagnosticeerd als psychopaat (bijvoorbeeld hoe scores op PCL-R)
    - Volledige ontkenning van het delict
    - Verstandelijk gehandicapt (IQ < 70)

Slide 10/16

- ## Justitiële kaders
- Deelname aan COSA op basis van (door het kernlid zelfverkozen) aanwijzing binnen een reclasseringstoezicht / FPT in het kader van:
- TBS met voorwaarden
  - Proefverlof TBS
  - Voorwaardelijke beëindiging TBS
  - Bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijk strafdeel ('regulier reclasseringstoezicht') na detentie
  - Voorwaardelijke Invrijheidsstelling na detentie

Slide 11/16


- ## Monitoring kernlid: Basisprincipes vormen toetsingskader
- **Periodieke evaluaties aan de hand van:**
    - A. 15 dynamische risicofactoren in 4 clusters:
      - Seksuele interesses
      - Delictgerelateerde houdingen
      - Relaties
      - Zelfregulering
    - B. De drie cirkelfuncties:
      - Ondersteuning
      - Monitoring
      - Zelfhandhaving

Slide 12/16

## Kwaliteitsbewaking zorgdragen voor strikte modeltoepassing

Bewaking door het Programmabureau Circles NL :

- Gedragscode
- Implementatieplan
  - Vrijwilligers, kernleden, buitencirkel, trainingen
- Communicatieplan
- Instrumenten voor monitoring en evaluatie
- Audit
- Wetenschappelijk onderzoek






13


Slide 13/16

## Circles en de tbs-cliënt




- Onvoldoende methoden voorhanden om intramuraal seks en seksuele delicten *in detail* te bespreken
- Er is (te) weinig seksuologische expertise
- Relatief laat verlof van zedendaders (40%)  
→ *Veel zedendaders komen onvoldoende voorbereid weer naar buiten, ook als zij in een Cirkel stappen*
- Daan van Beek:
- Externaliserende optie: de buitenwereld snapt ons niet en/of is een bedreiging (*splendid isolation*).
- Internaliserende optie: persoonlijke en culturele gêne, taboe, angst voor verlies van professionele distantie
- Professionele optie: de wetenschap wordt niet voldoende benut voor diagnose en behandeling / kleine staf in relatief kleine fpc's.



14


Slide 14/16

## Het antwoord van Circles

- Externaliserende optie: van isolatie en incapacitatie naar *reclaiming the conflict*:
  - (Professionele) verantwoordiging om slachtoffers hun respect terug te geven en nieuwe slachtoffers te voorkomen. *Uit uw schuld!*
  - *Stap uit de professionele anonimiteit: Zedendaders worden niet behandeld door een abstract instituut, maar door u. Waarom doet u dat?*
- Internaliserende optie: *no more secrets*
  - *Delictscenario bespreken*
  - *Fantasiën navragen en ter discussie stellen*
  - *U behandelt zedendaders, dus gesprekken tussen collega's over seks zijn de norm*
- Professionele optie:
  - *Distance focused practice: Hou vast aan What Works en verbindt dit aan het Good Lives Model*
  - *Professionaliseer en bundel een versnipperd intramuraal en ambulante aanbod (buitencirkel)*



15


Slide 15/16





16


Slide 16/16

# Hoofdstuk 6

Voordracht mr J.A.W. Knoester

Advocaat met als specialisme onder meer tbs en zeden- en geweldszaken

Ik wil het eerst hebben over de tbs in het algemeen en wat de rol van de advocaat daarin moet zijn. Een van de eerste sprekers stipte aan dat er verdachten zijn die niet willen meewerken aan een onderzoek in het PBC om zo te voorkomen dat ze in de tbs terecht komen. Wat ik als advocaat doe bij een verdachte waarbij de kans aannemelijk is dat er tbs aan zit te komen, is aan mijn cliënt uitleggen hoe ik het systeem bekijk. En ik kan u zeggen dat ik verliefd ben op het systeem en het omarm. Alleen zoals het systeem nu is, is het voor mij een onmogelijke liefde. Er zitten veel problemen in het systeem. Ik zal niet alle problemen bespreken, maar de dingen die mij het meeste bezighouden, zal ik aanstippen voordat ik aangeef hoe ik denk dat het anders zou moeten zodat ik als advocaat weer tegen al mijn klanten kan zeggen dat het een mooi systeem is en dat ze daar in mee kunnen gaan.

Eén van de grootste problemen die ik met het systeem heb, is de politieke rol. Ik vind het niet te verkopen dat er in Nederland een politieke passant is die gaat over de vraag of verlof mag worden verleend, terwijl de kliniek vindt dat het kan. In mijn praktijk is het afgelopen jaar minimaal één keer voorgekomen dat de minister nee zei, waarbij dit te maken zou hebben met het feit dat enkele maanden daarvoor een krantenartikel was verschenen over deze patiënt. De beslissing of iemand naar buiten mag, moet niet liggen in de hand van een politicus. Ook moet een politicus niet beslissen over de vraag of een patiënt naar een longstay afdeling zou moeten. Dan komt de vraag in beeld of we iemand levenslang moeten gaan opsluiten. Dat moet een onafhankelijk instituut doen. Als iemand dan naar de longstay gaat en wij tegen de patiënt zeggen dat hij uitbehan-

deld is en dat het is afgelopen, dan kan hij maar één keer in beroep. De RSJ toetst daarbij alleen maar marginaal, namelijk of de beslissing van de minister redelijk was. Mijn ervaring is dat de RSJ daar in de praktijk toch wel wat dieper op ingaat, maar het blijft een eenmalige toets. We kunnen niet in hoger beroep, maar het gaat wel om de vraag of iemand in potentie levenslang wordt opgesloten. Er moet een onafhankelijk instituut komen met juristen en behandelaars, die beslissen over verlof en over longstay en die de patiënt ook de mogelijkheid geven om als ze het niet eens zijn met de inhoud van de behandeling om daar te gaan klagen.

Verder moet er differentiatie komen. Ik heb iemand op de longstay zitten, die daar verblijft omdat hij iemand heeft betast over de kleding. Dat is aanranding en dat mag niet, maar ik vind dat niet in verhouding staan om iemand dan levenslang op te bergen. Ik vind het niet te verkopen dat mensen voor ieder soort delict onder de paraplu van het strafrecht, als ze patiënt zijn want het strafgedeelte zit er dan al op, levenslang kunnen worden opgeborgen ongeacht welk delict ze gepleegd hebben. Als mensen behandeld moeten worden, dan moet dat in verhouding staan tot wat ze gedaan hebben in het kader van het strafproces. Voor bepaalde delicten moet bijvoorbeeld maximaal vier jaar behandeling worden opgelegd, of zes, acht of tien jaar. Ik ken een jongen die net uit de tbs is gekomen, die veroordeeld is tot vijf jaar gevangenisstraf en tbs toen hij zestien jaar oud was. Hij werd als volwassene berecht. In Nederland kennen we in de wet de mogelijkheid om minderjarigen als volwassenen te berechten, maar we hebben één uitzonderingsbepaling en dat is dat kinderen geen levenslange gevangenisstraf

mogen krijgen. Maar via de paraplu van de tbs kan dat alsnog. Deze jongen die zestien jaar was ten tijde van het delict, ontkende het delict en de longstay kwam in beeld. Uiteindelijk is het goed afgelopen voor hem, maar deze jongen had uiteindelijk levenslang op de longstay terecht kunnen komen. We moeten wat mij betreft derhalve differentiëren.

Ik weet dat behandeling ook verblijf in een sociotherapeutisch milieu en deelname aan arbeidstherapie is, maar er zijn wachtlijsten in de behandelingsinstituten om mensen door te laten stromen naar bepaalde therapieën. Vandaag hoor ik mensen zeggen dat het primaat beveiliging is, maar in artikel 2 van de Beginselenwet staat vermeld dat de behandeling in de tbs erop gericht is om naar buiten te werken zodra het verantwoord is. De mensen hebben recht op die behandeling. In artikel 16 van de Beginselenwet staat dat er binnen drie maanden na aankomst in de tbs instelling een behandelplan moet zijn dat in overeenstemming is met wat met de patiënt is afgesproken. Ik zou willen weten welke kliniek het voor elkaar krijgt om binnen drie maanden een behandelplan neer te leggen. Dus dat patiënten bij mij klagen over de inhoud en invulling van de behandeling vind ik niet zo gek. Als ik vanmorgen zie dat bij zeven van de klinieken geen seksuoloog in huis is, dan begrijp ik dat niet. Daar waar bij de problemen bij de zedendelinquenten de seksualiteit zeker een rol zou moeten spelen, mag je verwachten dat er wel degelijk seksuologen in huis zijn. We hebben patiënten op ons kantoor waarvan de behandelaar zegt dat deze zou moeten praten met een seksuoloog, maar deze is er alleen niet. Dan vraagt de patiënt mij om me boos te maken. En dat lukt wel, maar

wat schiet ik er mee op want ik kan er niet voor zorgen dat er een seksuoloog in huis komt. Als wij zelf iemand vinden en de kliniek verzoeken om deze ambulant in huis te nemen, dan kan dat weer niet want die is niet forensisch opgeleid.

De rol van de advocaat moet wat mij betreft zo zijn dat als iemand tbs heeft, dat deze de patiënt moet begeleiden ook tijdens de behandeling. Ik zeg wel eens tegen mijn cliënten dat ze ervoor moeten zorgen dat ze in de behandeling gaan zitten, dat ze moeten samenwerken maar dat lukt ze niet allemaal. Sommige patiënten blijven vastzitten, vasthangen in het idee dat ze onrechtvaardig worden behandeld. Dan wil het wel eens helpen als je als advocaat met je vuist op tafel slaat, ook al is het alleen maar voor de buitenkant. Soms is het alleen een signaal naar mijn cliënt dat ik naast hem sta en dat ik ervoor zorg dat er wat gebeurt en intussen krijgt de cliënt meer rust over zich heen en gaat hij in zijn behandeling zitten. Maar het kan ook voorkomen dat het niet lukt en dan ben ik niet te beroerd om de strijd aan te gaan. Als een cliënt twee jaar lang tegen mij zegt dat hij van zijn behandelaar met een seksuoloog moet praten maar dat deze er niet is, dan wil het wel eens voorkomen dat ik dan maar voor een kort geding kies. Hoe kan ik als advocaat mijn cliënten positief blijven voeden als ze tegen dat soort problemen aanlopen. Dan wordt het soms moeilijk.

Eén van de problemen waar ik ook tegenaan loop, is dat de angst regeert. Als ik in de uitslag van de enquête van dit seminar zie hoe er wordt geantwoord op de vraag hoe het komt dat verlofaanvragen voor zedendelinquenten minder snel bij de minister terechtkomen dan van gewone gedetineerden, dan is één van de dingen die

men noemt de maatschappelijke en politieke druk. Als dat meegenomen wordt in uw beslissing, dan bent u bang. Dan moet u meer lef hebben. Dat geldt voor zowel rechters, officieren als behandelaars. U moet meer bij programma's als Pauw en Witteman gaan zitten. Advocaten kunnen er wel gaan zitten en vertellen wat ze van de situatie vinden, maar u moet naar buiten gaan en uitleggen dat de behandeling van tbs-ers belangrijk is, dat we veel betere cijfers behalen met behandelde mensen dan met mensen die gewoon in de gevangenis belanden. Maar u moet ook veel meer het signaal afgeven dat geen nieuwe slachtoffers helemaal niet kan. Er zullen wel nieuwe slachtoffers komen, maar dat moeten we zoveel minimaliseren als mogelijk is. We kunnen geen maatschappij met optimale beveiliging behalen. De angst voor zedendelinquenten die uit de tbs komen, is wat mij betreft niet terecht. Maar dat geluid hoor ik niet.

Ook vind ik dat de kliniek meer in discussie moet gaan met de minister. Vanuit de advocatuur is het bijna standaard de ervaring dat als je met een zedendelinquent op verlof wil, dat je automatisch in enige vorm of fase medicatie met je mee krijgt. Als ik behandelaars spreek, hoor ik dat ze dit eigenlijk niet op hun plaats vinden maar dat ze niet anders kunnen omdat ze anders de verlofmachtiging niet krijgen. Dat geluid horen we zoveel als advocaten, dan ik me afvraag waarom we geen vuist maken naar de minister. Waarom gaan we niet om de tafel zitten bij de minister en waarom wordt er niet meer gesproken over die vraag of de betrokken zedendelinquent wel elke keer met medicatie naar buiten moet.

Wij krijgen als advocaten heel veel te maken met patiënten die het delict ontkennen. Ze

ontkennen of een deel van het delict of het geheel of ze vinden dat ze geen behandeling nodig hebben. Zodra een patiënt ontkent, is het mijn ervaring dat de kliniek zegt dat ze dan ook niet gaan behandelen. Dat is wat wij terugkrijgen van onze patiënten. Als een patiënt van zijn behandelaar met een psycholoog of een psychotherapeut moet gaan praten, maar hij kan geen hulpvraag formuleren dan horen we te vaak dat ze met een paar gesprekken weer buiten staan. En dan is de conclusie dat hij niet in behandeling wil zitten. Als je behandelaar bent, heb je ook de verantwoordelijkheid om mensen te leren motiveren en om mensen te leren dat ze een probleem hebben. Dat is een wezenlijk onderdeel van de behandeling en bij veel patiënten vind ik dat daar te makkelijk langs wordt gelopen. Wij zien als advocaten te snel dat een patiënt die zegt geen probleem te hebben, dan ook niet in de behandeling terechtkomt. Natuurlijk heeft de patiënt zelf ook een verantwoordelijkheid, maar heeft een patiënt niet vaak het probleem dat hij zelf niet ziet dat hij een probleem heeft?

Pedofielen horen niet thuis in de tbs. Zoals het systeem nu is, horen pedofielen niet in dit systeem thuis. We zeggen allemaal dat pedofielen een geaardheid hebben en dat het probleem niet op te lossen is. Dus 'no cure but control'. Maar als wij pedofielen in de tbs wereld begeleiden, is onze ervaring in de advocatuur dat de eerste periode dat ze daar zitten de kliniek niet weet wat ze met een pedofiel aan moeten. En als we met een instantie als de Waag in contact komen in de na fase, dan wordt daar de 'no cure but control' uitgevoerd. In de tbs klinieken zien we veel te vaak dat het beperkt blijft tot het leven in het sociotherapeutisch milieu en het leren om te gaan met arbeid, maar dat er uiteindelijk geen weg wordt gezien om de

problematiek die erachter ligt te behandelen. De pedofielen blijven veel te lang in dat gesloten systeem, terwijl ze veel eerder naar buiten zouden moeten kunnen gaan en daarbij worden begeleid. En daarbij zouden sommige pedofielen in het systeem best levenslang gevolgd kunnen worden. De meerwaarde van het verblijf in een tbs instelling voor een pedofiel is mij niet duidelijk. Behandelaars zeggen zelf ook vaak dat ze niet weten wat ze met zo'n patiënt aan moeten omdat ze er geen behandelmethode voor hebben.

Recent is de tbs beëindigd van één van onze cliënten die jarenlang in de tbs zat omdat hij pedofiele delicten had gepleegd. Pas tijdens de fase van voorwaardelijke beëindiging kwam hij in contact met de Waag en in de Waag zei men dat ze twijfelden aan de diagnostiek. Volgens hen was er bij deze man geen sprake van pedofilie, maar van onverwerkte coming out problemen. Op die basis is de Waag met hem aan de gang gegaan en heeft de penitentiaire kamer van het gerechtshof Arnhem de tbs beëindigd. De patiënt begrijpt het niet, want die zegt ik ben jarenlang binnengehouden voor een pedofilie probleem en nu na zoveel tijd zegt men dat ik eigenlijk geen pedofiel ben maar dat ik een ander probleem heb.

Een paar weken geleden stond ik bij de rechtbank in Roermond waarbij de patiënt met zes rapporten tegenover de rechter zat. Drie deskundigen zeiden dat hij allemaal stoornissen had en dat de tbs moest worden verlengd, maar drie andere deskundigen zeiden dat hij helemaal geen stoornis (meer) heeft en dat de tbs moest worden beëindigd. Volgens mij is de psychologie de meest zachte wetenschap die er is. Als je als advocaat kijkt naar wat er gebeurt als er eenmaal iemand in de kliniek zit, dan vraag

ik me wel eens af of er voldoende wordt gedaan aan de diagnostiek tijdens het verblijf in de kliniek. Het openbaar ministerie heeft in de Schiedammer parkmoord allerlei processen willen veranderen en doet intern aan intervisie en tegenspraak. Ik begrijp niet waarom de diagnoses niet wat vaker in de kliniek tegen het licht worden gehouden door anderen dan de behandelaar zelf, bijvoorbeeld door een behandelaar van een andere afdeling of een externe. Waarbij er geen angst moet zijn om ook streng voor elkaar te zijn. Waarom niet los van de 6-jaars problematiek vaker interne diagnostiek begeleiding? En als het wel gebeurt, waarom legt u ons dan niet uit dat het gebeurt? Waarom legt u het de advocaat en de patiënt niet uit? Als het gebeurt, dan komt het niet terug in de wettelijke aantekeningen en de verlengingsadviezen.

Vanmorgen werd ook over de wetenschappelijke waarde van een aantal meetinstrumenten gesproken, waaronder de SVR. We zagen dat de conclusie uiteindelijk is dat de SVR een weinig voorspellende waarde heeft. Die SVR heeft wel jarenlang in rapportages bestaan van patiënten, van mensenlevens waarover we besloten. Waarom hebben we niet eerst die wetenschappelijke validiteit getoetst voordat we het in rapporten meenamen? Wij zijn maar eenvoudige juristen en als u opschrijft in een rapport dat een risicotaxatie op basis van de meetinstrumenten een bepaalde uitkomst heeft, dan denken de meeste juristen ook dat het zo is. De meeste juristen begrijpen niet wat u begrijpt, namelijk dat je veel meer moet kijken naar het individu. U komt het dan wel uitleggen op zitting aan de rechter, maar dan is blijven hangen dat het recidiverisico hoog is, want dat zegt het meetinstrument.

Bij de zedendelinquenten speelt de medicatie een grote rol. Eén van mijn cliënten heeft twee kinderen en verblijft in een kliniek. Hij verbleef eerst in een andere kliniek en zat in een vergevorderd stadium van zijn resocialisatie. Hij ging met verlof en ging al naar huis. En nu was de vraag opgekomen of hij ook met onbegeleid verlof mocht en of hij daar dan ook weekenden mocht gaan verblijven. De behandelaar en psychiater zeiden dat het mocht. De psychiater zei dat deze man geen medicatie nodig had, maar de interne verlofvoetsingscommissie wilde een breder forum. Er werd een team gevormd van tien psychiaters en die hebben allemaal naar deze patiënt gekeken en gezegd dat medicatie niet nodig was. Maar de minister zei van wel. Het hof zei ook dat als het zo lag, dat het geen gek idee was om er een ander naar te laten kijken. De patiënt ging naar het Pieter Baan Centrum en daar werd gezegd dat de seksualiteit van deze patiënt onvoldoende bewerkt was. Hij is overgeplaatst naar een andere kliniek die de taak kreeg om te kijken naar de seksualiteit en welke rol dit heeft gespeeld bij de delicten. Een paar maanden geleden werd tegen deze patiënt gezegd dat hij naar buiten mocht en dat hij met verlof naar huis mocht. Deze patiënt wil een derde kind en de minister heeft nu gezegd dat hij alleen met medicatie naar buiten mag. De behandelaars hadden tegen hem gezegd dat medicatie geen probleem was voor het krijgen van kinderen. Maar inmiddels weet deze patiënt dat hij geen kinderen meer kan krijgen omdat hij teveel medicatie heeft gebruikt. Als jij stopt met de medicatie dan gaat de kwaliteit van zijn sperma weer omhoog en dan kan hij misschien wel weer kinderen krijgen. Dat is wat de artsen zeggen. Maar de minister zegt dat hij zonder medicatie niet

naar buiten mag. Deze patiënt heeft te maken met een duivels dilemma. Hij wil naar buiten, maar wil ook zijn gezin verder ontwikkelen.

Als niet gedragswetenschapper heb ik de vraag of er wel voldoende wordt gekeken naar de achtergrond waarom bepaalde mensen zedendelicten plegen. Is er verschil tussen mensen die uit een lustmotief zedendelicten plegen of uit een wraakmotief? Als dat verschil er is, is het dan niet belangrijk om te toetsen of voor die tweede groep patiënten bijvoorbeeld de medicatie in de kast kan blijven? Er zijn klinieken die daar niet naar kijken en die standaard zeggen dat een zedendelinquent pas met medicatie naar buiten mag. Hoe kan je als advocaat dan positief blijven als je een patiënt moet adviseren om in de behandeling te blijven. Uiteindelijk is het de bedoeling dat er een einde komt aan de tbs voor de meeste mensen. En als die medicatie tijdens de tbs gebruikt wordt, hoe werken we dan naar het einde toe? Uiteindelijk moeten we de mensen loslaten zonder medicatie. Of gaan we erop vertrouwen dat die mensen vrijwillig medicatie blijven gebruiken? Is medicatie geen tijdelijk lapmiddel? Differentiatie zou hier op zijn plaats zijn.

Ik zei eerder dat ik verliefd ben op het systeem van de tbs en als u mij zo hoort, heeft u misschien moeite om dat te geloven. Maar het is wel waar. Ik zou heel graag willen dat het systeem betere ankers krijgt. Dat het systeem meer ruimte geeft aan de patiënt om er veilig in te gaan zitten. Als dat gebeurt, dan zou ik één van de eersten zijn die tegen zijn cliënten zou zeggen dat ze er gerust in kunnen gaan zitten. Want het is een prachtig systeem. Maar nu vind ik dat we het te makkelijk

weggeven. We geven het te makkelijk weg  
aan de maatschappij en de samenleving.  
Dat is de beleving van mij als advocaat op  
dit moment. Ik hou van het systeem, maar  
vind het nu een onmogelijke liefde.



# Hoofdstuk 7

Forumdiscussie

Forumdiscussie onder leiding van dagvoorzitter mr H.G.W. Stikkelbroeck.

**Mr. H.G.W. Stikkelbroeck:** een belangrijk punt in de presentatie is het gegeven dat we misschien het probleem moeten terugpakken en zelf in de hand houden. Wat kunnen wij er, los van deze politiek en maatschappij, zelf aan doen?

**Zaal:** wat mij een probleem lijkt, is het medicatiegebruik. Schrikbarend dat we vandaag horen dat er weinig onderbouwing is voor het gebruik van libidoremmende medicatie en dat de minister kan bepalen dat iemand deze medicatie moet gebruiken. Bij een symposium van de Duitse psychiatrie in Berlijn over pedofilie was een endocrinoloog die zich ook veel met forensische problematiek bezighoudt en hij zei dat hormonale behandelingen zo desastreus zijn dat hij vindt dat ze in Duitsland onder de castratiewetgeving moeten vallen. Zodat dezelfde ethische norm en procedures afgesproken worden. Het is misschien een urgentiepunt voor ons dat we meer onderzoek kunnen doen om toch tot een meer geobjectiveerde indicatiestelling te komen. En misschien moeten we tegelijkertijd nadenken over wat voor een ethische begeleiding dat vraagt.

**Dr. L. Gijs:** als je kankermedicijnen krijgt, krijg je er ook van alles van. Dus het argument dat men neveneffecten krijgt, is op zichzelf onvoldoende om te zeggen dat het niet mag. Het moet wel in balans en evenwicht zijn en ik denk dat dat een belangrijk punt is om niet uit het oog te verliezen.

**Dr. D. van Beek:** er wordt beweerd dat de minister bepaalt of er libidoremmende medicatie moet worden ingezet. Is dat een feit?

**Mr. B. de Boer,** hoofd Verlofunit TBS: de minister kan nooit medicatie voorschrijven want hij is geen arts. Ik heb nog nooit gezien dat er door de minister medicatie werd voorgeschreven en ik heb het zelf ook nooit gedaan.

**Mr. J.A.W. Knoester:** dat heb ik ook niet gezegd. Ik heb alleen gezegd dat het in mijn praktijk is voorgekomen dat patiënten klaar waren voor het verlov en dat de verlofaanvraag bij het ministerie terecht kwam en dat die werd teruggestuurd met de opmerking, kijk eens naar medicatie want zo krijgt hij de machtiging niet. Dan wordt iemand binnengehouden totdat hij de medicatie wel neemt. Dat betekent voor mij dat de minister het wel voorschrijft.

**Mr. J.W.P. Verheugt:** in het adviescollege komt het een enkele keer voor dat het college het verlov niet veilig genoeg vindt omdat de betreffende patiënt naar het oordeel van het college niet veilig zonder libidoremmende medicatie naar buiten kan. Dat leidt tot een negatief advies. Wat je dan krijgt, is dat de kliniek dan nog eens in overleg gaat en gaat kijken of ze de patiënt wel naar buiten kunnen krijgen met medicatie.

**Mr. J.A.W. Knoester:** dat is in feite hetzelfde als wat ik zeg. Als wordt gezegd dat de patiënt niet naar buiten mag zonder medicatie, dan kiest deze eieren voor zijn geld.

**Mr. J.W.P. Verheugt:** het adviescollege geeft een advies aan de minister en deze moet een negatief advies volgen en beslist dan ook dat er geen verlofmachtiging wordt verleend. Dan ontstaat er een volgende ronde waarbij het wel eens gebeurt dat de kliniek overeenstemming bereikt met de patiënt over het gebruik van libidoremmers. Dan komt de aanvraag bij het college terug en dan komt er een positief advies. Daarin speelt het adviescollege louter een adviserende rol en de minister beslist niet dat iemand alleen met libidoremmers naar buiten kan.

**Dr. L. Gijs:** ik denk dat er een groot probleem is met de indicatiecriteria van de medicatie. Dat is een facet dat veel meer aandacht verdient. Datzelfde geldt voor de afbouwregels. Daar liggen hele grote problemen waar meer aandacht aan moet worden besteed.

**Dr. D. van Beek:** het adviescollege stelt wel indicaties, want wij oordelen of het veilig genoeg is of niet op grond van allerlei factoren. We vinden dat iemand toch niet voldoende gevorderd is en op grond daarvan, onze eigen criteria, zeggen we dan dat er eigenlijk wel medicatie nodig is om hem veilig te laten gaan.

**Mr. J.W.P. Verheugt:** wij stellen geen indicaties, maar zeggen alleen maar dat wij vinden dat we het niet veilig genoeg vinden als deze man geen libidoremmende medicatie gebruikt. We zeggen niet dat het wel veilig is als hij met medicatie gaat, maar

adviseren alleen of het gevraagde verlof veilig genoeg is.

**Zaal:** ik ben een reclasseringsmedewerker en ik heb te maken met mensen die dan uiteindelijk in proefverlof of een voorwaardelijke beëindiging komen met medicatie. Als dat op deze manier gedaan wordt, dat medicatie als het ware wordt opgedrongen, dan krijg ik als reclasseringsmedewerker eigenlijk een onmogelijke missie. Wanneer is de kans op recidive in voldoende mate teruggedrongen en wanneer kan ik zeggen dat ze kunnen stoppen met de medicatie. Als reclasseringsmedewerker kan ik dat niet. Dan ontstaat er een lastige situatie. Dan is de vraag of het adviescollege dan niet de hete bal doorschuift en ik ben geen gedragsdeskundige.

**Dr. D. van Beek:** wij kijken naar het risico en naar de factoren die bepalen wat het risico is en we kijken in hoeverre de kliniek beschrijft hoe de vorderingen zijn in de ontwikkeling van zelfregulatie. Als dat goed verloopt, is er geen medicatie nodig. Als we zien dat het een man met een hoog risico is of dat de belangrijke dynamische risicofactoren niet worden behandeld omdat seks soms wat wordt onderschat, dan zeggen we dat het toch niet verantwoord kan op de manier waarop het er nu voor staat. Als je dan toch met de man naar buiten wil, dan is medicatie mogelijk iets dat kan helpen. Een substantieel percentage van de zedendelinquenten komt uiteindelijk in een fase van proefverlof zonder medicatie. Dat geldt voor verkrachters wat meer want die kunnen wat vaker zonder medicatie en we zijn voor de pedoseksuelen wat banger.

**Mr. H.G.W. Stikkelbroeck:** als je zegt dat we voor pedoseksuelen banger zijn, dan lijkt dat een medicatie indicatie.

**Dr. D. van Beek:** als klinieken en ook het adviescollege door die angst besmet zijn, dan speelt dat wel degelijk een rol. Ik denk dat we daar open en eerlijk over moeten zijn.

**Mr. J.A.W. Knoester:** of het adviescollege moet worden afgeschaft of het proces moet anders. Ik zou willen dat in het college de beslissing wordt genomen nadat de tbs-er met zijn advocaat en de behandelaar wordt gehoord en het kan uitleggen en dat desnoods een externe deskundige het college adviseert. Niet de minister moet de beslissing nemen, maar een onafhankelijk college met juristen en deskundigen.

**Zaal:** dat was ook het oorspronkelijke voorstel van de commissie Visser.

**Mr. H.G.W. Stikkelbroeck:** de discussie gaat nu met name over medicatie en indicatiestelling. De vraag is hoe je dit soort hemelbestormende ideeën concreet kan maken. Is er bijvoorbeeld een overleg tussen de klinieken, een soort platform, waar dit soort dingen met enige regelmaat wordt besproken?

**Zaal:** er zijn meerdere overleggen, op verschillende niveaus. Er is vanuit het EFP een club aan de gang geweest om het zorgprogramma voor seksueel delinquenten te bespreken. Daarin is alles state of the art tussen de klinieken gedeeld. En er is het landelijk beraad van de behandeldirecteuren die met elkaar dit soort thema's bespreken. Het oplossen is natuurlijk wel iets anders.

**Mr. H.G.W. Stikkelbroeck:** wat houdt die oplossing dan tegen?

**Zaal:** de weeffout die net aan de orde is gekomen over de positie van de minister is een hele lastige. Daar strandt wel veel.

**Mr. H.G.W. Stikkelbroeck:** ik ben begonnen met de vraag hoe we in deze maatschappij met deze minister en in deze constellatie het probleem kunnen re-claimen.

**Zaal:** meer samenwerken en de lerende verlooppraktijk inrichten, wat in de klinieken al gebeurt. Er komt binnenkort een onderzoek waarin helder wordt dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornissen ook zo'n bulkbegrip is net als zedendelinquenten, terwijl ze niet helemaal op elkaar lijken en dat je meer met profielen moet gaan werken in plaats van met grofmazige zorgprogramma's. Dat is wel een lijn die ingezet is. Je moet meer maatwerk doen dan de grove scheiding van seksueel delinquenten, persoonlijkheidsgestoorden en psychotici want dat is echt te grofmazig. Er is steeds meer openheid en transparantie naar elkaar toe tussen de klinieken.

**Dr. I. Embley:** we moeten ook meer onderzoek doen. We hebben samen de landelijke databank opgebouwd en dat is ook een uitnodiging om samen de gegevens te verzamelen. Samen hebben de klinieken meer patiënten en met die gegevens kunnen we veel meer doen. Er komt ook een programma KFZ, dat is Kwaliteit Forensische Zorg, en er kunnen misschien ook onderzoeken worden gedaan onder dit programma. Daar is ook subsidie voor. Als mensen ideeën hebben, meldt u zich dan bij het EFP. Dan brengen wij het naar de programmacommissie.

**Dr. D. van Beek:** ik wil nog iets zeggen over het historisch perspectief. Vroeger bestond de Wientjes groep. Dat was in de jaren tachtig en dat was de allereerste bijeenkomst tussen verschillende klinieken over het probleem van het behandelen van zedendelinquenten. Als je kijkt naar hoe er toen over zedendelinquenten werd gesproken, dan zijn we nu gigantisch veel verder. Het duurt alleen dertig jaar voordat je het ziet. We hebben flinke vooruitgang geboekt. We weten echt veel beter hoe het met de risico's zit en we hebben meer interventies. We kunnen vele malen meer dan we ooit hebben gekund.

**Dr. B. Vogelvang:** we begonnen met de vraag hoe we meer naar buiten kunnen komen en laten zien dat we staan voor een belangrijke vorm van behandeling van daders die zijn vruchten afwerpt. We hebben het tot nu toe met name gehad over de professionaliseringsoptie van meer onderzoek en meer verbinding en transparantie tussen de klinieken. Er zit een stukje internaliserende optie bij van meer openheid, maar de externaliserende optie zie ik nog niet. Er is ook een PR probleem.

**Dr. D. van Beek:** het is wel prettig als je een vijand hebt, want dan heb je ook vaak grotere cohesie. De vijand kunnen we verslaan door onze professionaliteit.

**Zaal:** dat denk ik dus niet. Het probleem wordt met name op emotioneel niveau gebracht door de buitenwereld en wij proberen daar rationeel op te reageren en dat verlies je altijd. Op het moment dat wij met argumenten komen over lage recidivecijfers, dan interesseert dat niemand wat. Dat wordt volledig van de tafel geveegd. Wij staan met één nul achter tegenover mensen die emotioneel reageren. Ik heb daar geen

oplossing voor, maar denk dat we het wel moeten constateren. Verder vind ik het persoonlijk heel jammer dat er een paar jaar geleden voor gekozen is om a-selectief op te nemen in de klinieken. Ik heb zelf de indruk uit het werk dat ik onder meer voor het adviescollege doe, dat er een groot verschil is tussen de klinieken met name ook in de kwaliteit van de behandeling van zedendelinquenten en de kennis daarvan. Die verschillen zijn volgens mij erg groot en het zou mij een heel goed idee lijken als een paar klinieken zich daarop zouden specialiseren en andere het gewoon niet meer doen. Dan krijg je een ontzettende kwaliteitsimpuls. Het is niet te doen dat iedereen overal van alles wat afweet. Daar is het teveel en te ingewikkeld voor.

**Mr. J.A.W. Knoester:** ik vind dat we meer naar buiten moeten treden. Advocaten doen dat al, volgens sommigen zelfs teveel, dus ik vind dat het veld dat moet doen. We kunnen ze laten gaan of we kunnen er tegenin gaan. Dus we moeten niet opgeven. We moeten gewoon roepen dat wij de maatschappij veiliger kunnen maken, want dat doen we maar niemand weet het.

**Zaal:** ik vraag me af of wij niet ook een erg grote scheiding hebben tussen de 18+ en de 18-. Als ik de dossiers lees van onze patiënten, dan zie ik vaak dat jongeren al heel jong beginnen met seksueel grensoverschrijdend gedrag. In de jeugdhulpverlening wordt er amper iets genoteerd en wordt er niets mee gedaan. Moeten we daar niet op insteken. Dan zijn we iets preventiever bezig.

**Zaal:** met jongeren heb je een beetje het probleem dat seksueel grensoverschrijdend gedrag ook iets van jongeren is en de recidivecijfers daarvan zijn heel laag. Je kan

niet zeggen dat alle jongeren die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen zich ook zullen doorontwikkelen tot zedendelinquenten. Integendeel, dat zijn er maar heel weinig. Je kan je daarop richten, maar het probleem is dat je het geld maar een keer uit kan geven en dat je een hoop andere dingen dan niet kan doen.

**Zaal:** de afgelopen jaren zijn er meerdere proefschriften verschenen over jeugdige delinquenten. Er is dus onderzoek gedaan. Ik denk dat het probleem bij de jeugdinrichtingen heel anders is dan het probleem in het volwassenencircuit.

**Dr. B. Vogelvang:** ik wil nog even reageren op het PR probleem. Ik vond de eerder geplaatste opmerking uit de zaal heel goed. Je kan met ratio reageren door met cijfers aan te geven dat er maar drie gewelddadige incidenten zijn geweest tijdens verlof sinds 1 januari 2008 en dat de recidivecijfers laag liggen. Dat is één route die je zeker niet moet veronachtzamen. Je moet de mensen die opvattingen ontwikkelen, zien te bereiken. Maar je hebt bij burgers echter vaak geen opvattingen maar diepe overtuigingen ten opzichte van mensen die in de tbs zitten. Dat geeft allerlei emoties bij burgers, die van ze worden afgepakt omdat de daders in een justitieel systeem terecht komen. Dan krijg je dat politici daar een spreekbuis voor worden. Dus als je op een andere manier probeert om de gevoelens bij de burgers te benaderen en daarin een soort van kanaal aan te geven, bijvoorbeeld door het COSA project, dan heb je als tbs sector een andere manier te pakken dan alleen het geven van informatie. Hoe dat moet, weet ik niet maar ik denk dat dit een andere ingang is die je moet overwegen. Ik merk dat als het gaat om het overtuigen van mensen over de waarde van het tbs

systeem, dat ze dan vaak naar boven kijken. Een soort verticale relatie met de minister boven. Die moet uitgelegd krijgen hoe goed het allemaal werkt. Een andere manier is om dat horizontaal te doen. Door zoveel mogelijk met ketenpartners samenwerkingsverbanden vast te leggen en te laten zien hoe succesvol dat is. Bijvoorbeeld zoals bij het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Dat is een hele succesvolle manier om je te verbinden aan ketenpartners, waardoor de mensen bovenin zien dat het een onmisbare schakel in de keten is. Een andere vorm van PR is om horizontaal massa te creëren.

**Zaal:** ik denk dat we inderdaad uit het Calimero gevoel moeten, maar ik denk dat dit ook al beetje aan de gang is op dit moment. Ik geloof dat het profiel van de tbs geleidelijk aan het verbeteren is, maar het kan nog veel beter. Ik denk dat de vooraanstaande mensen onder ons daarin het voortouw moeten nemen. Ik zal iemand citeren die het volgende heeft gezegd: "het zijn de tegenstellingen die niet alleen de menselijke natuur kenmerken, maar ook de samenleving. De samenleving die haar kinderen grenzeloos met seksuele prikkels overspoelt en zich tegelijkertijd voorgenoemen heeft om de kinderziel te redden door grensoverschrijdend gedrag tegen minderjarigen van welke aard dan ook met wortel en tak uit te roeien. We vervolgen met ons allen de zedendelinquenten in grote eendracht. Dat zorgt voor een saamhorigheid, die er in onze samenleving lang niet is geweest. De meesten van u weten nog uit uw eigen jeugd hoe eenvoudig je na vijf biertjes en een joint in zeer ambivalente situaties terecht kan komen en dat je achteraf blij bent dat het met een sisser is afgelopen. De mensen weten zich aan wijdverbreide en niet te voorziene en oncontroleerbare risico's blootgesteld en

proberen hun angsten te bezweren door binnen het domein van het strafrecht steeds hogere straffen te eisen ondanks de dalende criminaliteit.” Dit heeft professor Fischer gezegd, omschreven als één van de belangrijkste juristen in Duitsland en lid van het Bundesgerichtshof. Dus hoog geplaatsten, durf het op te nemen tegen de modderlawine die nu en dan op ons afkomt. Wat mij ook intrigeert, is hoe komt het toch dat deze samenleving die grenze-loos overspoeld wordt met seksuele prikkels, dat die zo ambivalent aan de gang is. Aan de ene kant worden we bedolven onder seksuele prikkels en aan de andere kant zijn we op het kleine terrein van het strafrecht heel druk en driftig in de weer om grenzen te stellen. Daar zit iets merkwaardig paradoxaals in.

**Dr. D. van Beek:** ik zou me kunnen voorstellen dat naarmate we meer worden blootgesteld aan seks, het moeilijker wordt om ons gedrag zelf te reguleren. En dat we dus misschien anderen nodig hebben om ons toch weer te dwingen, ondanks die grote hoeveelheid prikkels, om binnen zekere grenzen te blijven.

**Dr. L. Gijs:** er is een hele bekende hypothese die volstrekt buiten het forensische veld ligt, maar die wel boeiend is. Dat is de hypothese van Günther Schmidt, een Duitse seksuoloog. Zijn redenering is de volgende: een van de merkwaardigste dingen in onze samenleving is het romantische ideaal. Iedereen huwt en doet dat alsof dat de enige echte zal zijn. Het probleem is dat monogamie niet goed werkt voor seksualiteit. En dus heeft onze samenleving een alternatief consumentenartikel gemaakt; prikkeling van seksualiteit vrije toegang. Met andere woorden zijn stelling is: een verbreding van het aanbod is in feite de redding van het

monogame huwelijk, waardoor mensen veel langer zijn gaan leven. Het is een speculatieve verklaring, maar het is een interessante verklaring omdat het op hele andere dynamieken wijst dan degene die wij gewoonlijk hebben. Ik daag u uit om maar eens aan te tonen dat hij ongelijk heeft. Wat dat dan forensisch betekent, daar heb ik het raden naar. Ik denk dat wij in belangrijke mate adolescenten overprikkelen, zonder ze expliciete vaardigheden te geven hoe je met die sterke emoties moet omgaan. Ik denk dat je die emoties niet moet problematiseren, wel het geweld of het seksuele geweld maar leer ze dan ook hoe er mee om te gaan. Hoeveel mensen van u praten er met hun adolescenten over welke porno wij of zij kijken.

**Zaal:** porno is zo oud als de mensheid. In de geschiedenis zie je dat met elke nieuwe technische ontwikkeling het eerste wat er gebeurt, is dat er iets met seks gebeurt. Omdat we zoveel technische mogelijkheden erbij hebben gekregen, hebben we er zoveel prikkels bij gekregen. Als je ziet hoeveel jonge mensen en jongeren er elk weekend dronken, stoned en half naakt tegen elkaar aan staan te rijden, dan vind ik dat er ontzettend veel goed gaat.

**Mr. H.G.W. Stikkelbroeck:** wat opvalt, is dat we dus trots moeten zijn op ons systeem. We moeten het alleen uitleggen en het is nog even de vraag hoe we dat moeten gaan doen en wie dat moet gaan doen. Het moet echter aan brede lagen van de bevolking uitgelegd worden. Bas Vogelvang zegt iets wat me blijft boeien, namelijk misschien moeten we dat niet allemaal zo verticaal bekijken maar moeten we horizontaal werken en moeten we de netwerken beklemtonen die zulk goed werk doen. We vinden dat klinieken op het

gebied van seksuele delinquenten beter zouden kunnen samenwerken, dat er meer eenheid zou kunnen komen in indicatiestelling ten aanzien van medicatie, maar hoe gaat dat nu zijn beslag krijgen. Wat is er voor nodig om ervoor te zorgen dat het morgen beter gaat dan dat het gisteren ging?

**Dr. I. Embley:** het EFP ondersteunt verschillende kenniskringen. Wij kunnen ook een kenniskring opzetten voor seksuologen of andere mensen die zich bezig houden met seksuologie. Wie moet ik bellen om dit op te starten?

Iemand uit de zaal meldt zich aan en afgesproken wordt om een dergelijke kenniskring op te starten.

# Bijlage

Programma seminar

Dagvoorzitter: mr H.G.W. Stikkelbroeck, senior raadsheer in het gerechtshof Arnhem en lid van het Adviescollege Verloftoetsing TBS

09.30 - 10.00 uur    Ontvangst

10.00 - 10.05 uur    Welkomstwoord mr J.W.P. Verheugt, voorzitter van het Adviescollege Verloftoetsing TBS

10.05 - 11.05 uur    Voordracht dr. I. Embley, directeur van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie en wetenschappelijk adviseur van het Adviescollege Verloftoetsing TBS:

*Verschillen tussen zedendelinquenten en andere tbs'ers gezien vanuit de AVT-praktijk. Problemen in de behandeling van zedendelinquenten, zoals uit een enquête waargenomen in het tbs-veld.*

Voordracht dr. D. van Beek, klinisch psycholoog in de Dr. Henri van der Hoeven kliniek en lid van het Adviescollege Verloftoetsing TBS:

*Verklaringen voor verschillen en knelpunten in de beoordelingen van zedendelinquenten door het AVT en de klinieken.*

11.05 - 11.30 uur    Pauze

11.30 - 12.30 uur    Voordracht professor dr. L. Gijs, klinisch psycholoog/ seksuoloog en hoofddocent aan het Interfacultair Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen van de Universiteit in Leuven:  
*Klinisch relevante suggesties voor de oplossing van de gesignaleerde knelpunten op basis van de meest recente empirisch wetenschappelijke inzichten.*

12.30 - 13.30 uur    Lunch

13.30 - 14.30 uur    Korte inleidingen door:


- mw. W. Kerstholt, systeemtherapeute met als specialisme seksuologie, verbonden aan een FPC

- dr. B. Vogelvang, lector Reclassering en Veiligheidsbeleid bij AVANS hogeschool, lid van het Programmabureau en de Stuurgroep Circles Nederland

- mr J.A.W. Knoester, advocaat met als specialisme onder meer tbs en zeden- en geweldszaken

- 14.30 - 15.00 uur Pauze
- 15.00 - 16.00 uur Forumdiscussie onder leiding van de dagvoorzitter
- 16.00 - 16.30 uur Afsluiting MiER
- 16.30 - 17.30 uur Borrel





Het Adviescollege Verloftoetsing TBS  
toetst verlofaanvragen van tbs-gestel-  
den en brengt daarover onafhankelijk  
advies uit aan de minister.  
Het beoordeelt verlofaanvragen  
primair vanuit veiligheidsoogpunt  
voor de samenleving.

#### **Colofon**

Dit verslag is een uitgave van:  
Adviescollege Verloftoetsing TBS  
Postbus 24019 | 3502 MA Utrecht  
T 0880 713 900  
secretariaat@avt.minjus.nl  
www.verlofadviescollege.nl

© Rijksoverheid | Januari 2012  
Publicatie-nr. J-12155 1201